



universität  
wien

# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

## **Verarbeitung der Diagnose „Autismus“ bei Vätern autistischer Kinder**

Verfasserin

**Karin Pumm**

angestrebter akademischer Grad

**Magistra der Philosophie (Mag.phil.)**

Wien, 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A297

Studienrichtung lt. Studienplan: Pädagogik

Betreuer / Betreuer: Univ.- Prof. Dr. Gottfried Biewer

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Autismus.....</b>	<b>8</b>
<b>2.1 Was ist Autismus? .....</b>	<b>8</b>
<b>2.1.1 Definition und Abgrenzung .....</b>	<b>8</b>
<b>2.2 Frühkindlicher Autismus .....</b>	<b>13</b>
<b>2.2.1 Diagnostik .....</b>	<b>13</b>
<b>2.2.2 Aspekt der Kommunikation.....</b>	<b>15</b>
<b>2.2.3 Soziale und emotionale Entwicklung.....</b>	<b>17</b>
<b>2.2.4 Sonstige Auffälligkeiten .....</b>	<b>20</b>
<b>2.3 Asperger-Autismus.....</b>	<b>24</b>
<b>2.3.1 Diagnostik .....</b>	<b>24</b>
<b>2.3.2 Aspekt der Kommunikation.....</b>	<b>25</b>
<b>2.3.3 Störung des Sozialverhaltens.....</b>	<b>28</b>
<b>2.3.4 Spezielle Interessen und stereotype Verhaltensmuster.....</b>	<b>29</b>
<b>3. Väter behinderter Kinder.....</b>	<b>32</b>
<b>3.1 Rolle des Vaters in der Wissenschaft.....</b>	<b>32</b>
<b>3.2 Einflussfaktoren des Väterverhaltens .....</b>	<b>35</b>
<b>3.2.1 Beruf und Familie.....</b>	<b>35</b>
<b>3.2.2 Familiäre Aktivitäten .....</b>	<b>36</b>
<b>3.2.3 Außerfamiliäre Kontakte .....</b>	<b>37</b>
<b>3.2.4 Vater- Kind- Beziehung .....</b>	<b>37</b>
<b>3.3 Verarbeitungsprozesse bei Vätern autistischer Kinder.....</b>	<b>38</b>
<b>3.3.1 Eltern autistischer Kinder .....</b>	<b>38</b>
<b>3.3.2 Väter und Mütter im Vergleich .....</b>	<b>41</b>
<b>4. Krisenverarbeitungsmodell nach Schuchardt .....</b>	<b>46</b>
<b>4.1 Begriff der Krise.....</b>	<b>46</b>
<b>4.2 Krisenverarbeitung in 8 Spiralmodellphasen.....</b>	<b>48</b>
<b>4.2.1 Das Eingangstadium .....</b>	<b>48</b>

4.2.2 Das Durchgangsstadium .....	50
4.2.3 Das Zielstadion .....	51
<b>5. Forschungsmethodologie .....</b>	<b>53</b>
5.1 Qualitative Sozialforschung .....	53
5.1.1 Ansätze qualitativer Sozialforschung .....	53
5.1.2 Grundsätze qualitativen Denkens .....	55
5.1.3 Die 13 Säulen qualitativen Denkens nach Mayring .....	56
5.2 Erhebungsmethode: Problemzentriertes Interview .....	57
5.3 Aufbereitungsverfahren .....	61
<b>6. Untersuchung .....</b>	<b>63</b>
6.1 Interviewleitfaden .....	63
6.1.1 Entwicklung des Fragebogens .....	63
6.2 Zugang zum Feld .....	64
6.3 Garantie der Anonymität .....	65
6.4 Durchführung der Interviews .....	66
6.4.1 Interview A .....	66
6.4.2 Interview B .....	66
6.4.3 Interview C .....	67
6.4.4 Interview D .....	67
6.4.5 Interview E .....	68
6.5 Interviewstatistik .....	68
<b>7. Auswertung .....</b>	<b>69</b>
7.1 Auswertungsmethode - Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring .....	69
7.1.1 Definition des Begriffes „Inhaltsanalyse“ .....	69
7.1.2 Grundformen qualitativer Inhaltsanalyse .....	70
7.1.3 Ablaufmodell der Analyse .....	71
7.1.4 Beispiel der praktischen Anwendung der qualitativen Inhaltsanalyse .....	74
7.2 Anwendbarkeit der Verarbeitungsphasen des Kriseninterventionsmodells nach Erika Schuchardt .....	79
7.2.1 Ungewissheit (Phase 1) .....	79
7.2.2 Gewissheit (Phase 2) .....	82

7.2.3 Aggression (Phase 3) .....	84
7.2.4 Verhandlung (Phase 4).....	86
7.2.5 Depression (Phase 5) .....	88
7.2.6 Annahme (Phase 6).....	90
7.2.7 Aktivität (Phase 7).....	92
7.2.8 Solidarität (Phase 8) .....	93
7.3 Weitere Ergebnisse.....	98
7.3.1 Stellung des Vaters in der Familie .....	98
7.3.2 Veränderungen im Freundeskreis .....	100
7.3.3 Berufstätigkeit der Väter .....	101
8. Resümee.....	104
9. Literaturverzeichnis.....	109
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis:.....	112
10. Anhang .....	114
Abstrakt.....	114
Lebenslauf.....	115

# 1. Einleitung

Neben des Studiums der Heilpädagogik und Integrativen Pädagogik arbeitete ich Teilzeit in einem Verein für Menschen mit Autismus. Während meiner jahrelangen Betreuungstätigkeit von autistischen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen stellte ich mir des Öfteren die Frage, wie die Eltern der autistischen Menschen mit dieser Diagnose umgegangen sind und inwiefern das ihr Leben beeinflusst und verändert hat.

Autismus ist eine Störung, welche meist frühestens im Alter von zweieinhalb bis drei Jahren festgestellt werden kann, da die Symptome vorher auch von Experten kaum erkannt werden. Es gibt somit keine Aufzeichnung über diesen frühen Zeitraum, da sich die Eltern meist erst Sorgen machen, wenn die Sprachentwicklung verändert ist oder ausbleibt. (Sigman 2000, S. 18) Die Tatsache, dass Eltern autistischer Kinder sich deren Behinderung meist erst Jahre nach der Geburt bewusst werden, steht besonders im Interesse meiner Forschungsarbeit. Es wird angenommen, dass Eltern die erst so spät mit der Behinderung ihres Kindes konfrontiert werden, damit anders umgehen, als Eltern von Kindern, deren Behinderung, wie zum Beispiel im Falle des Down-Syndroms, bereits bei der Geburt ersichtlich sind.

Spannend ist in diesem Fall, wie der Verarbeitungsprozess der Diagnose „Autismus“ vonstatten geht und was sich damit für die Eltern in ihrem Leben und Umfeld verändert.

Im Rahmen meiner Diplomarbeit werde ich mich mit der bisher weniger erforschten subjektiven Sichtweise der Väter auseinander setzen. Bereits Leon Eisenberg (1957, S.715-716) stellte in diesen frühen Jahren fest, dass die Rolle des Vaters genauso wichtig ist, wie die der Mutter, da er sich auf das Kind direkt und auch auf die Fähigkeiten der Mutter auswirkt. Aus diesem Grund, hat Eisenberg bereits 1957 eine Studie in dem Artikel „The fathers of autistic children“ veröffentlicht, in der 100 Väter charakterisiert werden.

Die Forschungsrelevanz dieser Diplomarbeit ist aus diesem Grund somit darin begründet, dass es kaum Literatur gibt, welche sich speziell mit der Sichtweise von Vätern autistischer Kinder auseinandersetzt. Obwohl der Bereich des Autismus eines der am meisten erforschten Gebiete sowohl im deutsch-, als auch im englischsprachigen Raum ist, wird der Rolle des Vaters in den Forschungen kaum Beachtung geschenkt, es wird meist nur im Zusammenhang mit der Situation der Mutter auf ihn eingegangen.

Angelehnt an das Krisenverarbeitungsmodell von Erika Schuchardt, welches für alle Arten von Krisen gedacht ist, soll geklärt werden, ob auch Väter autistischer Kinder dieses Spiralmodell mit seinen Phasen durchlaufen, somit die Diagnose verarbeiten und im Zielstadium der Aktivität bzw. Solidarität ankommen.

Für diese Arbeit, hat sich im Bezug auf den Forschungsstand, folgende Forschungsfrage für die Diplomarbeit entwickelt:

Welche Phasen der Krisenverarbeitung sind bei Vätern autistischer Kinder erkennbar?

Werden die von Erika Schuchardt beschriebenen Phasen durchlaufen?

Methodisch wird der Fragestellung folgendermaßen nachgegangen: Durch fünf problemzentrierte und leitfadenorientierte Interviews mit Vätern von autistischen Kindern, werden Aussagen der Väter zum Leben mit dem autistischen Kind gesammelt. Diese werden im Anschluss daran mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgearbeitet und in Bezug auf die Theorie und Fragestellung dargestellt. Die qualitative Inhaltsanalyse als Auswertungsinstrument eignet sich insbesondere, da es eine Technik der Analyse von Kommunikationsinhalten ist. Die qualitative Inhaltsanalyse will hierbei Texte systematisch analysieren, indem sie das Material schrittweise mit theoriegeleitetem, am Material entwickelten Kategoriensystemen bearbeitet. (vgl. Mayring 2002, S.114) In diesem Fall ist das Krisenverarbeitungsmodell nach Erika Schuchardt das im Hintergrund stehende Theoriekonzept.

Mit einem Einblick in den Autismus wird diese Arbeit begonnen. Hierbei wird zunächst definiert, was Autismus ist und wie er sich abgrenzt. Dann wird genauer auf den frühkindlichen Autismus und den Asperger Autismus eingegangen. Schwerpunkt liegt hierbei auf der Diagnostik und jeweilig typischen Kennzeichen.

Das zweite Kapitel widmet sich Vätern behinderter Kinder. Hier wird zunächst allgemein die Rolle des Vaters in der Wissenschaft und Einflussfaktoren auf das Väterverhalten, wie beispielsweise Beruf und Familie, beschrieben. Spezifischer wird dieses Kapitel durch Ergebnisse von Studien, die die Verarbeitungsprozesse von Vätern autistischer Kinder beschreiben. Hierbei steht der Vater meist im Vergleich zur Mutter.

Weiters werden im dritten Kapitel das Krisenverarbeitungsmodell nach Erika Schuchardt und ihr Begriff von Krise dargestellt.

Im fünften Kapitel wird die Forschungsmethodologie behandelt. Die qualitative Sozialforschung wird in ihren Grundzügen dargestellt und das problemzentrierte Interview als Erhebungsmethode genau beschrieben. Kurz wird auch das Aufbereitungsverfahren, die wörtliche Transkription, erläutert.

Die Untersuchung an sich, steht im Zentrum des sechsten Abschnittes. Hier werden der Interviewleitfaden und Fragebogen, der Zugang zum Feld und die Garantie der Anonymität erläutert. Um einen besseren Einblick in die Situationen der Väter zu bekommen, werden wesentliche Aspekte der Durchführung der Interviews dargestellt und tabellarisch wird eine Interviewstatistik gegeben, welche Alter des Vaters und Kindes, Geschlecht des Kindes und Diagnose aufzeigt.

Das siebte Kapitel beinhaltet die Beschreibung der Auswertungsmethode, also die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring. Hier werden ebenso die Ergebnisse der Auswertung der Interviews dargestellt und in Bezug auf das Theoriekonzept nach Schuchardt gesetzt. Weitere relevante Ergebnisse, wie die Stellung des Vaters in der Familie und die Auswirkungen eines autistischen Kindes auf den Freundeskreis und Beruf werden hier erläutert.

Inhaltlichen Abschluss dieser Arbeit bietet das Resümee, in welchem die bedeutendsten Ergebnisse der Analyse zusammengefasst und in Bezug auf die Fragestellung dargestellt werden. Offene Fragen und weitere mögliche Forschungsmöglichkeiten werden diskutiert.

Am Ende der Arbeit stehen das Literaturverzeichnis, das Abbildungs- und Tabellenverzeichnis und der Lebenslauf. Um die interviewten Väter zu schützen, werden die Transkripte der durchgeführten Interviews nicht in den Anhang gestellt, sondern stehen auf einer CD- Rom zur Verfügung.

## **2. Autismus**

Dieser Abschnitt setzt sich mit dem Begriff Autismus, seiner Definition und Abgrenzung, auseinander. Des Weiteren werden die für diese Arbeit relevanten Formen des Autismus der „frühkindliche Autismus“ und der „Asperger Autismus“ in Bezug auf Diagnostik und Kennzeichen genauer beschrieben.

### **2.1 Was ist Autismus?**

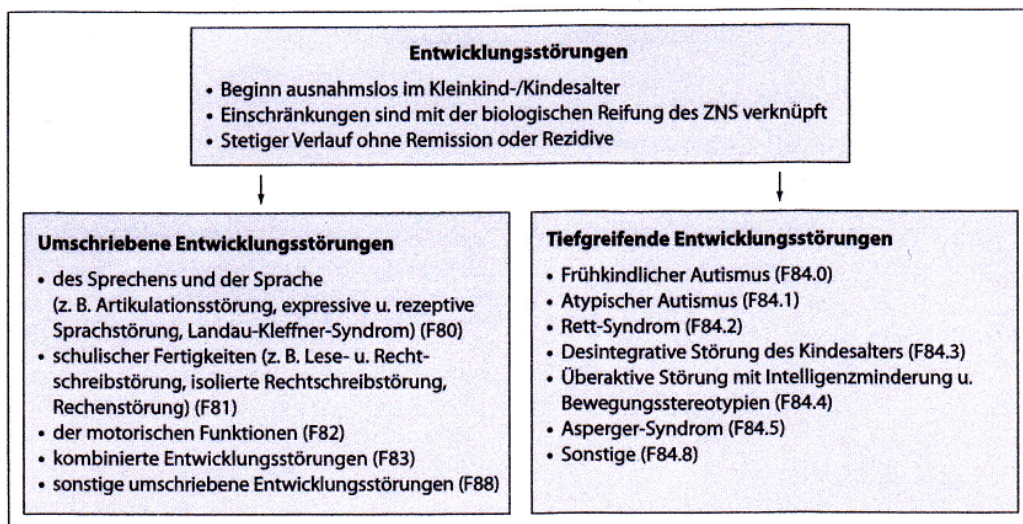
#### **2.1.1 Definition und Abgrenzung**

Wörtlich gesehen bedeutet der Begriff Autismus Zurückgezogenheit auf sich selbst und wird vom griechischen „autos“ (selbst, eigen, persönlich) abgeleitet. (vgl. Antor, Bleidick 2006, S. 267) Im Allgemeinen zählen heutzutage die autistischen Störungen zu den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, was bedeutet, dass der Aspekt der Entwicklung im Vordergrund steht. Im Autismus-Spektrum unterscheidet man zwischen: dem frühkindlichen Autismus, dem Asperger-Syndrom und dem atypischen Autismus. (vgl. Kumbier et.al 2009, S. 60) Aus medizinischer Sicht, lässt sich das Autismus-Spektrum wie folgt beschreiben: „Autismus-Spektrum-Störungen gelten als Entwicklungsstörungen des zentralen Nervensystems („neurodevelopmental disorders“) und sind mit Beeinträchtigungen basaler Hirnfunktionen assoziiert, die die Kontaktfähigkeit beeinflussen.“ (Remschmidt, Kamp-Becker 2007, S. A873) Unter dieser Bezeichnung (ASS) versteht man eine bestimmte Auffassung zur Ätiologie autistischer Störungen: Diese befinden sich in einem kontinuierlichen Spektrum mit fließenden Übergängen, die nicht immer klar voneinander abgegrenzt werden können. (vgl. Remschmidt 2006, S.22) Dieses Kontinuum von Symptomen und Schweregraden ist bei den Kindern unterschiedlich ausgeprägt und verändert sich oft im Laufe der Entwicklung. Die Schwere der Symptome kann dabei zwischen enormer Beeinträchtigung und einem fast normalen Verhalten variieren. Der Begriff der ASS hat sich vor allem im angloamerikanischen Raum durchgesetzt, während in deutschsprachigen Gebieten von Autismus als tiefgreifende Entwicklungsstörung gesprochen wird. (vgl. Bernard-Opitz 2007, S. 13f)



Im Bereich der Entwicklungsstörungen wird zwischen umschriebenen und tiefgreifenden Entwicklungsstörungen unterschieden. Die tiefgreifenden Störungen beeinträchtigen die Person in ihrem gesamten Interaktions- und Kommunikationsverhalten und gehen oft mit einer Intelligenzminderung einher. (vgl. Remschmidt 2006, S. 18) Die folgende Tabelle zeigt Kernmerkmale und Einteilung von Entwicklungsstörungen nach Remschmidt (2006, S. 18) auf:

**Abb. 1: Kernmerkmale und Einteilung der Entwicklungsstörungen**



■ **Abb. 2.1.** Kernmerkmale und Einteilung von Entwicklungsstörungen

Zu den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen gehören der frühkindliche Autismus, der atypische Autismus und das Asperger-Syndrom. Diese Störungen und auch der Begriff des High-functioning-Autismus werden im kommenden Abschnitt voneinander abgegrenzt.

### Autismus nach Leo Kanner:

Im Jahr 1943 beschreibt Leo Kanner, ein in den Vereinigten Staaten praktizierender Kinderpsychiater, bei einer Gruppe von elf Kindern eine gemeinsame Schwierigkeit: die Kinder zeigten kein Bedürfnis nach sozialen Beziehungen. (vgl. Poustka 2004, S.4) Diese, seiner Meinung nach psychische Erkrankung, bezeichnete er als „frühkindlichen Autismus“. (vgl. Sigman 2000, S.10)

Kanner grenzt dieses Störungsbild von dem, der kindlichen Schizophrenie ab und nennt folgende charakteristische Symptome:

- „Die angeborene Fähigkeit der Kinder, mit Menschen und Situationen in Beziehung zu treten. Zu Dingen hingegen bestehen gute Beziehungen.
- Die verbale Kommunikation ist auffällig. U.a. erwirbt ein Teil der Kinder die Sprache nicht, bei den anderen dient sie lange Zeit nicht dazu, einen Inhalt zu übermitteln.
- Die Kinder bestehen auf Gleichförmigkeit und zeigen eine begrenzte Variation spontaner Aktivität.
- Sie stammen aus sehr intelligenten Familien.“ (Schirmer 2003, S.3)

#### Autismus nach Hans Asperger:

Unabhängig von den Forschungsarbeiten Leo Kanners, beschäftigte sich der Wiener Arzt Hans Asperger mit Kindern, welche ein auffälliges Sozialverhalten und Probleme in der interpersonellen Kommunikation zeigen. (vgl. Poustka 2004, S.5) Für diese Verhaltensstrukturen wählte er die Bezeichnung „autistische Psychopathie“. (vgl. Aarons 1994, S.21)

Im Unterschied zu Kanner beschrieb Asperger aber nur Buben, welche keine Verzögerung der Sprachentwicklung oder qualitative intellektuelle Auffälligkeiten zeigten. Zudem geht er davon aus, dass sich das Syndrom nicht vor dem dritten Lebensjahr erkennen lässt. (vgl. Poustka 2004, S.5)

#### High- functioning Autismus :

Neben den beiden beschriebenen Formen des Autismus ist noch der sogenannte „High-functioning“ Autismus relevant. Dieser wird schwierig vom Asperger- Syndrom unterschieden und kann folgendermaßen definiert werden: „Unter „High-functioning“-Autismus (Autismus mit hohem Funktionsniveau) werden die Störungen von Kindern mit frühkindlichem Autismus (Kanner-Syndrom) zusammengefaßt, die über eine gute intellektuelle Begabung verfügen, aber gleichwohl die charakteristischen Symptome des frühkindlichen Autismus aufweisen.“ (Remschmidt 2008, S.51f)

### Atypischer Autismus:

Der atypische Autismus entspricht den Richtlinien des frühkindlichen Autismus, jedoch ist das Manifestationsalter erst im oder nach dem dritten Lebensjahr. Zudem fehlen Symptome aus einem der Störungsbereiche (soziale Interaktion, Kommunikation, stereotype Verhaltensweisen). Der atypische Autismus lässt sich nach der ICD-10 somit in folgende Diagnosen einteilen:

- Autismus mit atypischem Erkrankungsalter (F84.19)
- Autismus mit atypischer Symptomapologie (F84.11) oder
- Autismus mit atypischem Erkrankungsalter und atypischer Symptomapologie (F84.12) (vgl. Poustka 2004, S. 16f)

Die folgende Tabelle wurde von Helmut Remschmidt und Inge Kamp-Becker (Remschmidt 2007, S. A874) erstellt und zeigt Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Autismus-Spektrum-Störungen auf:

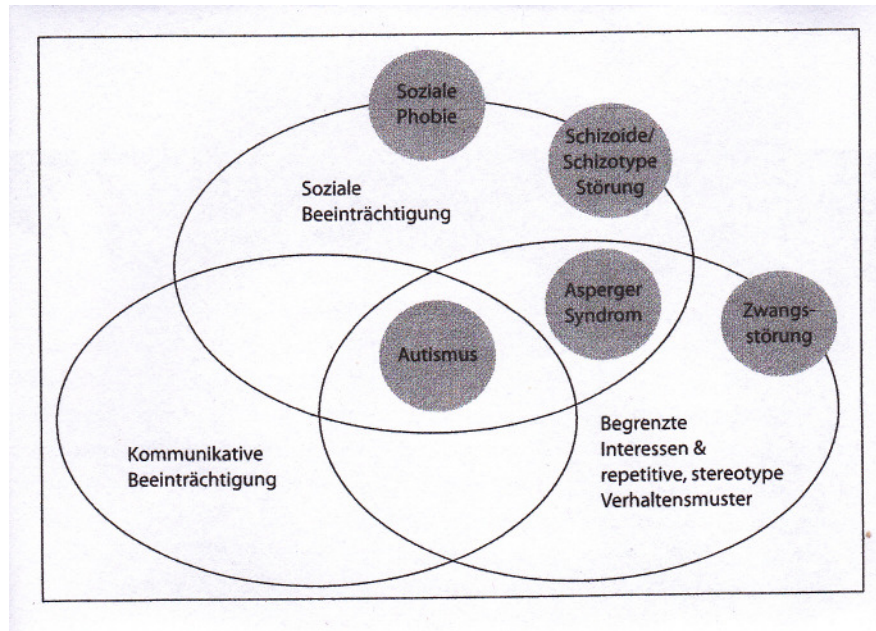
**Tab. 2: Merkmale tiefgreifender Entwicklungsstörungen**

<b>TABELLE 1</b>			
<b>Vergleich charakteristischer Merkmale tiefgreifender Entwicklungsstörungen</b>			
	<b>Autismus</b>	<b>Atypischer Autismus</b>	<b>Asperger-Syndrom</b>
Alter bei Erstmanifestation	< 3 Jahre	> 3 Jahre	> 3 Jahre
Geschlechter-Verhältnis (m/w)	3 : 1	3 : 1	8 : 1
Symptomatologie	<ul style="list-style-type: none"><li>• qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktion</li><li>• qualitative Beeinträchtigung der Kommunikation</li><li>• repetitive/stereotype Verhaltensweisen</li><li>• Sprachentwicklungsverzögerung</li><li>• kein symbolisches Spiel</li></ul>	keine vollständige Symptomatik	<ul style="list-style-type: none"><li>• Beeinträchtigung der sozialen Interaktion</li><li>• stereotype Verhaltensweisen und Interessen</li><li>• keine Sprachentwicklungsverzögerung</li><li>• keine kognitiven Beeinträchtigungen</li></ul>
kognitive Funktion	meist beeinträchtigt, aber stabil	häufig geistige Behinderung	nicht beeinträchtigt, aber spezifische Besonderheiten
epileptische Anfälle	in 25 % bis zur Adoleszenz		Ø
Ätiologie	überwiegend genetisch bedingt		
Verlauf	stetig, stabil keine psychotischen Episoden		seltene psychotische Episoden

Einen anderen Versuch der Darstellung der Autismus-Spektrum-Störung mit ihren Kerndimensionen (Soziale, - Kommunikative Beeinträchtigung und begrenzte Interessen und repetitive und stereotype Verhaltensmuster) und die Zuordnung von diesen zum Asperger-

Syndrom und frühkindlichem Autismus wird in der folgenden Abb. aufgezeigt: (Remschmidt 2006, S. 22)

**Abb. 3 Autismus-Spektrum-Störung**



Da die Abgrenzung zu High-functioning-Autismus und atypischen-Autismus zu den klassischen Formen des ASS nicht immer gegeben ist, sind für diese Forschungsarbeit insbesondere die Diagnosen „frühkindlicher Autismus“ und „Asperger-Autismus“ relevant.

Nach der Diagnose setzt ein lang andauernder Verarbeitungsprozess ein. Die Eltern müssen feststellen, dass sie an ihr Kind nicht die Erwartungen stellen können, wie an ein Kind mit normaler Entwicklung und müssen die Anstrengungen jahrelanger Therapien auf sich nehmen. (Klicpera 2002, S. 191) Der Verarbeitungsprozess wird dabei von den typischen Kennzeichen des Autismus beeinflusst, die sich vor allem in der Störung des Sozialverhaltens, in den Kommunikationsschwierigkeiten und in sonstigen, für Autismus typischen Auffälligkeiten wie beispielweise Stereotypen, selbstverletzendes Verhalten und zwanghaftem Festhalten an Bekanntem, zeigen. Aus dem oben genannten Grund beschreiben die kommenden Abschnitte die für diese Arbeit wesentlichen Kennzeichen des frühkindlichen Autismus und des Asperger-Syndroms.

## 2.2 Frühkindlicher Autismus

### 2.2.1 Diagnostik

Eine frühe Diagnose ist von Bedeutung, denn umso rascher das Kind richtig diagnostiziert wird, desto schneller können unterstützende therapeutische Maßnahmen gesetzt werden. Für eine genaue Diagnostik bietet sich die DSM-IV an. (vgl. Rollet, Kaster-Koller 2001, S13)

„Das DSM-IV gibt folgende diagnostische Kriterien für die autistische Störung an:

A: Es müssen mindestens sechs Kriterien aus (1), (2) und (3) zutreffen, wobei mindestens zwei Punkte aus (1) und je ein Punkt aus (2) und (3) stammen müssen:

(1) Qualitative Beeinträchtigung der **sozialen Interaktion** in mindestens zwei der folgenden Bereiche:

- (a) ausgeprägte Beeinträchtigung im Gebrauch vielfältiger nonverbaler Verhaltensweisen wie beispielsweise Blickkontakt, Gesichtsausdruck, Körperhaltung und Gestik zur Steuerung sozialer Interaktionen
- (b) Unfähigkeit, entwicklungsmäßige Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzubauen
- (c) Mangel, spontan Freude, Interesse oder Erfolge mit anderen zu teilen (z.B.: Mangel, anderen Menschen Dinge, die für den Betroffenen von Bedeutung sind, zu zeigen, zu bringen oder darauf hinzuweisen)
- (d) Mangel, an sozio-emotionaler Gegenseitigkeit;

(2) Qualitative Beeinträchtigung der **Kommunikation** in mindestens einen der folgenden Bereiche:

- (a) verzögertes Einsetzen, oder völliges Ausbleiben der Entwicklung von gesprochener Sprache (ohne den Versuch zu machen, die Beeinträchtigung durch alternative Kommunikationsformen wie Gestik oder Mimik zu kompensieren)
- (b) bei Personen mit ausreichendem Sprachvermögen deutliche Beeinträchtigung der Fähigkeit, ein Gespräch zu beginnen oder fortzuführen)
- (c) stereotyper oder repetitiver Gebrauch der Sprache oder idiosynkratische Sprache
- (d) Fehlen von verschiedenen entwicklungsgemäßen Rollenspielen oder sozialen Imitationsspielen;

(3) Beschränkte, repetitive und stereotype **Verhaltensweisen, Interessen und Aktivitäten** in mindestens einem der folgenden Bereiche:

- (a) umfassende Beschäftigung mit einem oder mehreren stereotypen und begrenzten Interessen, wobei Inhalt und Intensität abnorm sind
- (b) auffällig starres Festhalten an bestimmten nichtfunktionalen Gewohnheiten, oder Ritualen
- (c) stereotype oder repetitive motorische Manierismen (z.B. Biegen oder schnelle Bewegungen von Händen oder Fingern oder komplexe Bewegungen des ganzen Körpers)
- (d) ständige Beschäftigung mit Teilen von Objekten.

B: Beginn vor dem 3. Lebensjahr und Verzögerungen oder abnorme Funktionsfähigkeit in mindestens einem der folgenden Bereiche:

- (1) soziale Interaktion
- (2) Sprache als soziales Kommunikationsmittel oder
- (3) Symbolisches oder Phantasiespiel.

C: Die Störung kann nicht besser durch die Rett-Störung oder die Desintegrative Störung im Kindesalter erklärt werden.“ (Rollet, Kaster-Koller 2001, S13f)

Eine Differenzierung der Diagnose Autismus wird auch in der ICD- 10, also dem Diagnosemanual der Weltgesundheitsorganisation WHO vorgenommen. Der frühkindliche Autismus wird folgendermaßen eingeteilt: (ICD-10, Zugriff am 26. Oktober 2010)

#### F84.0 Frühkindlicher Autismus

„Definition: Diese Form der tief greifenden Entwicklungsstörung ist durch eine abnorme oder beeinträchtigte Entwicklung definiert, die sich vor dem dritten Lebensjahr manifestiert. Sie ist außerdem gekennzeichnet durch ein charakteristisches Muster abnormer Funktionen in den folgenden psychopathologischen Bereichen: in der sozialen Interaktion, der Kommunikation und im eingeschränkten stereotyp repetitiven Verhalten. Neben diesen spezifischen diagnostischen Merkmalen zeigt sich häufig eine Vielzahl unspezifischer Probleme, wie Phobien, Schlaf- und Essstörungen, Wutausbrüche und (autodestruktive) Aggression.“

Bei der Verhaltensbeobachtung von Kindern mit frühkindlichem Autismus werden vor allem folgende drei Verhaltensweisen erkennbar:

- Die Kinder kapseln sich extrem gegenüber der Umwelt ab.

- Sie halten ängstlich an Gewohntem fest
- und zeigen besondere Sprachauffälligkeiten. (vgl. Remschmidt 2008, S. 16)

Diese Verhaltensweisen wirken sich auf das Umfeld des Kindes aus und werden daher genauer erläutert werden.

### **2.2.2 Aspekt der Kommunikation**

Im Leben eines Kindes markiert das Sprechenlernen einen Wendepunkt, denn durch den Erwerb und Gebrauch der Sprache erfährt das soziale und emotionale Leben des Kindes eine Veränderung. Das Sprechen ist eine kommunikative Handlung, welche kulturell unterschiedlich ist und sich am Schnittpunkt des kognitiven, emotionalen und sozialen Verstehens entwickelt. Gerade diese Bereiche sind bei Kindern mit Autismus gestört. Das beeinträchtigte Sprachvermögen ist das zentrale Kennzeichen des Autismus, da in etwa die Hälfte aller autistischen Menschen keine adäquate Sprachkompetenz in ihrem Leben erlangen. Zudem setzt die Sprachentwicklung meist erst im Alter von vierenhalb Jahren ein. (vgl. Sigman 2000, S.55-64) Die fehlende Reaktion auf Sprache lässt die Umwelt oftmals vermuten, dass das Kind einen nicht hört. (vgl. Walter 2008, S. 39)

Sprechen als Kommunikation erfordert, laut Klicpera (vgl. 2002, S. 78-83), ein intuitives Redeverständnis, da ein großer Teil der Kommunikation nur mit dem Hintergrund des intuitiven Vorverständnisses verstanden werden kann. Dazu gehört beispielsweise, dass man direkte und indirekte Reden erkennt und dass man einschätzen kann, was jetzt taktvoll, höflich und passend ist. Selbst wenn ein gewisser Grad an Sprachverständnis möglich ist, setzen autistische Kinder kaum Sprache zur Kommunikation und Weitergabe von Informationen ein. Zudem verletzen sie oft die Prinzipien der sozialen Akzeptabilität und Höflichkeit, ohne dies zu beabsichtigen. Das bedeutet, zum Beispiel, dass:

- Menschen mit Autismus Probleme mit der Form der Anrede haben und manchmal eine Kontaktaufnahme, wie z.B. ein „Hallo“ zu Gesprächsbeginn, fehlt.
- sie sozial nicht angemessen reagieren und ihren Gesprächspartner z.B. unterbrechen
- sie entweder unangemessen kurz oder lang sprechen.



Im Zusammenleben mit autistischen Kindern müssen sich Eltern besonders auf diese einstellen, da es auf Grund von sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten und Kontaktarmut besonders schwierig ist die Kinder zu verstehen. Kinder mit frühkindlichem Autismus setzen oft Echolalien ein, verwenden wenig Sprache und drücken ihre Wünsche nonverbal aus, was es den Eltern erschwert die Bedürfnisse des Kindes zu erkennen. (vgl. Klicpera 2002, S. 191f)

Im Fall der Echolalien (echoartiges Nachsprechen von Wörtern und Lauten), ist es so, dass diese vor allem eingesetzt werden, wenn die Sprache wenig ausgebildet ist. Echolalien werden nach einer Studie von Prizant und Duchan aus dem Jahr 1981 (vgl. Klicpera 2002, S. 85) zum größten Teil eingesetzt, um die Kommunikation aufrecht zu erhalten- sie echolalieren (nicht verstandene) Äußerungen des Gesprächspartners und leisten somit ebenfalls ihren Beitrag zum Gespräch. Eine weitere Funktion dürfte in der zustimmenden Antwort des Kindes liegen. In erster Linie erfüllen Echolalien aber eine Funktion für das Kind selbst: „Zum Teil dürfte die Wiederholung dazu dienen, dass die Kinder die Äußerungen behalten, während sie versuchen sie zu verstehen. Andererseits greifen die Kinder Äußerungen eines Anderen auch auf, um ihr eigenes Verhalten zu steuern.“ (Klicpera 2002, S.85)

Schwieriger als bei unmittelbaren Echolalien ist es die Funktion bei verzögerten Echolalien zu erkennen.

Von der Norm weichen auch neben den bereits genannten Auffälligkeiten folgende Aspekte von Sprache bei autistischen Kindern ab:

- Das Kind achtet nicht auf die menschliche Stimme, sondern auf Laute die es interessiert.
- Es wird kaum ein Interesse an Kommunikation gezeigt, es sei denn zur Bedürfnisbefriedigung oder bei Spezialinteressen.
- Es gibt kaum Versuche Gestik und Mimik einzusetzen.
- Manche Kinder weisen Schwierigkeiten bei der Beantwortung von Fragen auf.
- Das Kind bemüht sich nicht die Aufmerksamkeit eines Erwachsenen zu bekommen.
- Oft merken sich die Kinder Werbesprüche, Lieder und wiederholen diese ständig.
- Die Fähigkeit zum Wechselgespräch ist gestört oder fehlt ganz.



- Interaktive kommunikative Fähigkeiten der Kinder sind sehr schwach- die Kinder können nicht an einer normalen Unterhaltung teilnehmen.(vgl. Aarons 1994, S. 81-85)

Remschmidt führt noch an, dass die Kinder auch eine auffällige Stimme haben. „Sie ist wenig melodisch, die Betonung von Worten und Satzteilen oft inadäquat, die Stimmstärke gleichbleibend, und der Sprechrhythmus erscheint oft abgehackt.“ (Remschmidt 2008, S. 18) Ein weiteres auffälliges Kennzeichen der Sprachentwicklung ist noch, dass die Kinder von sich in der dritten Person sprechen und erst spät die eigene Person als „Ich“ sehen. (vgl. Remschmidt 2008, S. 18)

Ein weiter zentraler Bereich der autistischen Störung ist die Beeinträchtigung der Sozialentwicklung.

### 2.2.3 Soziale und emotionale Entwicklung

Die Fähigkeit von Kindern mit anderen Menschen zu interagieren ist eine beeindruckende Entwicklungsleistung. Im Falle von Kindern mit Autismus ist diese Fähigkeit jedoch beeinträchtigt, wie es auch an dem kurzen Textbeispiel (Sigman 2000, S. 35) ersichtlich wird.

Julia, ein fünfjähriges autistisches Mädchen mit dunkelbraunen Augen und lockigem braunem Haar, hüpfte ein paar Schritte vor ihrer Mutter ins Zimmer. Sie klatschte direkt vor ihrem Gesicht in die Hände und quietschte dabei. Die Versuchsleiterin forderte Julia auf, sich zu ihr an einen kleinen Tisch zu setzen. Julia nimmt Platz und fängt an, ein Puzzle zu legen. Sie ist schnell fertig, lächelt kurz und vermischt die einzelnen Teile sofort wieder, um von vorn zu beginnen. Als ihre Mutter und die Versuchsleiterin sie loben und ihr Beifall spenden, sieht sie nicht auf, sondern rückt ihren Stuhl ein wenig von den beiden Frauen ab. Die Versuchsleiterin rollt Julia einen kleinen Ball zu, und das Mädchen rollt ihn lächelnd zurück. Die Versuchsleiterin zeigt auf verschiedene Gegenstände im Zimmer und sagt: «Schau mal». Julia sieht nicht auf. Julias Mutter setzt sich ebenfalls an den Tisch und hämmert Holzstifte in ein Steckbrett. Dabei schlägt sie sich mit dem Holzhammer auf den Daumen und heult vor Schmerz auf. Julia sieht weder zu ihr hin, noch tröstet sie ihre Mutter; statt dessen nimmt sie nun selbst den Hammer und hämmert die Stifte in das Brett. Julias Mutter geht aus dem Zimmer. Julia macht ein besorgtes Gesicht und geht zur Tür. Als ihre Mutter zurückkommt, läuft sie sofort zu ihr und kuschelt sich an sie.

**Abb. 4 Textbeispiel soziale und emotionale Entwicklung**

Kanner beschreibt in seinen diagnostischen Kriterien, die Unfähigkeit autistischer Kinder Beziehungen aufzubauen. „Das bedeutet, dass ein autistisches Kind Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen und größeres Interesse an Gegenständen, als an menschlichen

Wesen zeigen wird.“ (Aarons 1994, S. 20) Dies ist eine These, welche nicht eindeutig bewiesen ist, denn im Gegenteil gibt es jüngste Studien, welche bestätigen, dass viele autistische Kinder trotz ihres eingeschränkten Reaktionsvermögens eine liebevolle Bindung zu ihren Bezugspersonen verspüren. (vgl. Sigman 2000, S. 50)

Das die Kinder jedoch bereits im Alter von 18 Monaten Probleme in der sozialen Entwicklung zeigen, ist unumstritten. Die Kinder treten im Vergleich zur Altersgruppe von sich aus selten in Kontakt mit anderen und reagieren auch kaum auf die Versuche, sie in Interaktionen einzubinden. (vgl. Sigman 2000, S.42f) Dies bedeutet aber nicht, dass autistische Menschen kein Bedürfnis nach Kontakten haben. „Im Gegenteil, viele von ihnen- nicht alle- haben große Kontaktbedürfnisse und suchen Gemeinschaft, sind nur leider zu einem wechselseitigen sozialen Austausch nicht oder unzureichend in der Lage. Finden sie trotzdem einen Menschen, der auf sie eingeht, können sie sehr intensive Bindungen entwickeln.“ (Wendeler 1984, S. 114f)

#### Frühe Auffälligkeiten im Sozialverhalten:

Eltern haben verschiedene Auffälligkeiten im Sozialverhalten beschrieben, welche sich von Kindern mit anderen Entwicklungsstörungen unterscheiden:

- „Sie zeigen weniger Freude, wenn sie eine vertraute Person wiedererkennen.
- Sie strecken als Kleinkinder seltener die Arme hoch, um aufgenommen zu werden.
- Es wird weniger Interesse an dem gezeigt, was andere tun.
- Sie imitieren weniger einfache Bewegungen der Eltern, wie Winken oder in die Hände klatschen.
- Sie zeigen weniger oft auf Gegenstände, um das Interesse der Eltern auf diese zu lenken.
- Wenn sie gehen gelernt haben, bringen sie Gegenstände, die sie zu interessieren scheinen, nicht zu den Eltern, um diese teilhaben zu lassen.“ (Klicpera 2002, S.95f)

Diese Auffälligkeiten führen bei den Eltern zu dem Eindruck, dass die Kinder bereits als Kleinkinder zufriedener waren, wenn man sie alleine ließ, sie schmiegt sich weniger an,

wirkten innerlich zurückgezogen und hatten weniger Anteil an der Umgebung. (vgl. Klicpera 2002, S.96)

#### Bindungsverhalten der Kinder:

Eltern autistischer Kinder geben an, dass sie das Gefühl der Nähe zu ihren Kindern spüren, es jedoch zu Unsicherheiten kommt, wenn man nach der Enge der Bindung fragt. Aus diesem Grund wurden zum Bindungsverhalten autistischer Kinder mehrere Studien durchgeführt. So zeigt beispielsweise eine Studie, dass autistische Kinder im Vorschulalter die Mutter einer fremden Person gegenüber bevorzugen, ja sogar ihre Nähe und körperlichen Kontakt suchen. Auch zeigen die Kinder bei einer Trennung von der Mutter eine emotionale Belastung und reagieren bei ihrem Wiederkommen positiv. (vgl. Klicpera 2002, S.96f)

Es wurden auch Versuche unternommen die Bindung autistischer Kinder als sicher oder unsicher zu klassifizieren, wobei nicht dieselben Kriterien, wie bei nicht behinderten Kindern verwendet werden können. Ergebnis ist, dass in etwa ein Drittel aller Kinder eine sichere Bindung zur Mutter aufweisen. Diese sichere Bindung zeigt sich auch in einem sensibleren Eingehen auf die Kinder. (vgl. Sigman 2000, S. 51)

Jegliche Form der Beobachtung von autistischen Kindern und ihren Eltern macht jedoch deutlich, dass die Beziehung durch die spezielle Beeinträchtigung der Kinder belastet ist. Hierzu gehört auch, dass autistische Kinder ihre Eltern weniger häufig anlächeln als andere Kinder, was den Eltern sehr nahe geht. (vgl. Klicpera 2002, S.96f)

#### Verhalten gegenüber Gleichaltrigen:

Autistische Kinder sind im Verhalten anderer Kinder gegenüber höchst auffällig und es kommt nur selten zu einer normalen Beziehung. Gründe, warum autistische Kinder kaum Kontakt zu anderen Kindern aufnehmen, sind ein scheues, weniger vorhersehbares und strukturiertes Verhalten, als es bei Erwachsenen der Fall ist. (vgl. Klicpera 2002, S.99)

### fehlender Blickkontakt:

Ein weiteres Merkmal von autistischen Kindern, dass eine soziale Beziehung zu ihnen erschwert, ist der fehlende Blickkontakt. Die Kinder zeigen mangelnden Blickkontakt, oder ein Hindurchschauen durch den anderen, beziehungsweise vermeiden diesen ganz. (vgl. Wolff & Chess 1964)

Ursache für die Störung des Blickkontaktes dürfte eine Folge der oberflächlicheren Mustern visueller Reize und ein Ausdruck des Kontaktvermeidens sein- das Kind zeigt sich in seiner Welt versunken. Dieser fehlende Blickkontakt beeinträchtigt den affektiven Austausch zwischen dem Kind und seinen Eltern. (vgl. Klicpera 2002, S.104f)

### **2.2.4 Sonstige Auffälligkeiten**

Für einen großen Teil der Eltern ist die Zeit zwischen dem 2. und 4. Lebensjahres des Kindes am belastendsten. Dies entspricht häufig dem Zeitpunkt der Diagnose und somit dem Einsetzen des Verarbeitungsprozesses.

Verhaltensweisen, welche die Eltern dabei als besonders schwierig empfinden, sind jene, bei welchen das Kind sich selbst, oder andere verletzt, Wutanfälle und die Art, Gegenstände unsachgemäß zu behandeln. Zudem sind die alltäglichen Routineabläufe, die fehlende Selbstständigkeit in allen Bereichen und der Kontaktverlust von Freunden und anderen Bekannten sehr belastend. (vgl. Klicpera 2002, S. 192f)

Die Schwierigkeiten der Kinder haben Auswirkungen auf die ganze Familie- besonders auf die Mütter, da die Väter meist auf den Beruf ausweichen können. Trotzdem sind auch die Väter von den Problemen ihres Kindes belastet, zeigen dies nur oft weniger. (vgl. Klicpera 2002, S. 194f)

„Auch sie haben oft Schuldgefühle, sind verletzt über den Mangel an Zuneigung der Kinder. Für viele Väter jedoch steht die Belastung der Mütter im Vordergrund, um die sie sich Sorgen machen. Ein Problem für sie ist auch der Mangel an Familienleben, der durch die Schwierigkeiten der Kinder bedingt ist.“ (Klicpera 2002, S195)

Verhaltensauffälligkeiten, welche die Eltern belasten sind zudem noch:

## 1. Stereotypien

Bereits Leo Kanner beschreibt Stereotypien bei autistischen Kindern: „Autistische Kinder beschäftigen sich überdurchschnittlich lange mit ein und derselben motorischen Bewegung (Stereotypien). Viele von ihnen sind mit Fingerspielen vor den Augen beschäftigt (bzw. mit Drehbewegungen kleiner Objekte vor den Augen). Andere stoßen mit rhythmischen Bewegungen ihren Kopf nach vorn (oft mit Geräuschen begleitet).“ (Walter 2008, S. 42)

Motorische Stereotypien können dabei:

- Handbewegungen oder Handhaltungen (z.B. Drehbewegungen),
- Vor- und Rückwärtsbewegungen des Oberkörpers (meist im Sitzen),
- seitliches Schaukeln (z.B. im Stehen hin und her wackeln) sein. (vgl. Wendeler 1984, S. 71)

Im Vergleich zu anderen Kindern in psychiatrischer Behandlung zeigen sich Stereotypien bei autistischen Kindern dreimal so oft. Sie zeigen sich unterschiedlich häufig, oft als Folge einer Frustration bei einem Misserfolg, um sich Anforderungen entziehen zu können, aber auch als Zeichen von Freude. (vgl. Klicpera 2002, S.144-147) Wendeler (vgl. 1984, S.71ff) gibt zudem an, dass Stereotypien oft auch Zeichen von Spannungsabbau und Langeweile sind. Motorische Stereotypien können durch äußere Einflüsse kontrolliert werden, jedoch treten im Entwicklungsverlauf immer wieder neue Stereotypien auf.

Durch den Einsatz stereotyper Verhaltensweisen werden die Kinder an einer aktiven Teilnahme an der Umgebung gehindert. (vgl. Klicpera 2002, S. 146)

## 2. Selbstverletzendes Verhalten

Eine Verhaltensweise, welche von den Eltern als besonders belastend erlebt wird, ist die des selbstverletzenden Verhaltens. Die Kinder schaden oder verletzen sich häufig selbst, indem sie beispielsweise den Kopf gegen einen harten Gegenstand schlagen, sich beißen oder kratzen. Kinder unter dem 5. Lebensjahr, mit geringerer Intelligenz und Kommunikationsdefiziten zeigen vermehrt aggressives Verhalten, welches nur in geringem Maße von außen beeinflusst werden kann. (vgl. Klicpera 2002, S. 146)

### 3. Zwanghaftes Verhalten zum Aufrechterhalten der Unverändertheit der Umgebung

Autistische Kinder zeigen ein Bedürfnis ihre Umgebung unverändert aufrecht zu erhalten. Diese Angst vor Veränderungen hat bereits Kanner beschrieben: „Die materielle Umwelt darf sich nach einem ängstlich-zwanghaften Bestreben des Kindes unter keinen Umständen ändern, sondern muss in räumlicher und zeitlicher Ordnung stets gleich bleiben.“ (Walter 2008, S. 39)

So müssen beispielsweise Möbel auf dem gleichen Platz bleiben und Rituale, wie Anziehen, immer gleich vonstatten gehen. Kinder bestehen aber nur in Bereichen, welche für sie Bedeutung haben auf eine gleichbleibende Ordnung. Werden sie ohne Vorwarnung in eine fremde Umgebung gebracht kann es zu einem bedrohlichen sich Nicht- auskennen führen. (vgl. Klicpera 2002, S. 152f)

Klicpera (vgl. 2002, S. 155ff) teilt das Symptom der „Aufrechterhaltung der Gleichförmigkeit“ in vier Teile:

- a. in das Bedürfnis nach einer gleichförmigen Umgebung,
- b. die Ausprägung von Spezialinteressen,
- c. die Neigung zu Ritualen und
- d. zu zwanghaften Reaktionen.

Kinder mit Autismus haben ein spezielles Interesse an unbelebten Dingen und Materialien, sie interessieren sich für Klötze, Perlen,... und spielen in ständig wiederholenden Schemata damit. Das entstehende Spiel ist dabei nicht konstruktiv und geringste Veränderungen der Materialien werden von den Kindern sofort registriert. Das Kind drückt in diesem Spiel auch seine Emotionen aus. (vgl. Walter 2008, S. 41)

Eine Neigung zu Ritualen zeigt sich darin, dass die Kinder eine Handlung, so wie sie diese gelernt haben immer wieder einfordern, da sie nicht zwischen Wesentlichem und Unwesentlichem unterscheiden können. Es ist für Eltern eine Herausforderung zu verstehen, dass das Kind dies so einfordert, da es Handlungen nicht als Ganzes begreift, sondern nur als Aneinanderreihung einzelner Merkmale.

Ebenso ist eine zwanghafte Neigung bei Menschen mit Autismus sehr stark ausgeprägt. Es ist aber nicht leicht Zwangshandlungen von Stereotypen zu unterscheiden. (vgl. Klicpera 2002,

S. 156) „Zwanghaftes Verhalten stellt aber ein an sich sinnvolles Verhalten dar und unterliegt bestimmten Regeln, ist also komplexer als motorische Stereotypen, die einfache, sinnlose repetitive Handlungen ohne bestimmte Absicht darstellen.“ (Klicpera 2002, S. 156)

#### 4. Probleme in der Alltagsroutine: Ess- und Schlafprobleme, Sauberkeit und Disziplin

Autistische Kinder zeigen Probleme und Auffälligkeiten in den verschiedensten Bereichen. Diese wirken sich auch auf ihre Eltern aus und schränken sie in ihrem Leben ein.

- **Esssituation:**

Bereits im Säuglingsalter gibt es häufig Probleme, da das Kind zuwenig Nahrung aufnimmt oder Schwierigkeiten mit Saugen, Schlucken oder Kauen hat. Später zeigen dann viele Kinder Probleme mit dem Essbesteck, schränken ihre Nahrung auf wenige Speisen ein und zeigen sich Tischmanieren gegenüber nicht kooperativ. (Schmieren mit Essen, können nicht warten etc.)

- **Sauberkeit:**

Kinder mit Autismus brauchen länger um das Konzept der Sauberkeitserziehung zu verstehen, in dieser Zeit kommt es auch häufig zu dem unerwünschten Kotschmieren.

- **Schlafprobleme:**

Viele Kinder haben Schlafstörungen. Problematisch ist, dass sie sich, wenn sie in der Nacht aufwachen nur schwer beruhigen lassen und dann oft bis zur Erschöpfung schreien. Für die Eltern ist es sehr bedrückend, dass sie ihre Kinder durch ihre Nähe meist nicht beruhigen können.

- **Disziplin:**

Es ist schwierig für die Eltern ihre Kinder zu gewissen Verhaltensregeln zu bringen, die Kinder reagieren oft mit extremen Wutanfällen auf die Versuche der Eltern. Es kommt meist zu „härteren Konsequenzen“ wenn sonst nichts hilft, was bei den Kindern aber zu indifferenten Reaktionen, wie Angst, Erregung, Stereotypen und Selbstverletzungen führt. Dieses Verhalten führt bei den Eltern zu Unsicherheiten und Hilflosigkeit. (vgl. Klicpera 2002, S. 193f)

## 2.3 Asperger-Autismus

### 2.3.1 Diagnostik

In beiden Klassifikationssystemen, also der ICD-10 und der DSM-IV wird das Asperger-Syndrom zu den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen gezählt. Während beim frühkindlichen Autismus eine Beeinträchtigung in allen drei Bereichen vorliegt, ist das Asperger-Syndrom auf zwei der Dimensionen beschränkt. Das sind die Dimension der sozialen Beeinträchtigung und die Dimension der Beeinträchtigung auf Grund von begrenzten Interessen und repetitiven Verhaltensweisen. (vgl. Remschmidt 2006, S.18- 21) Dies kann man auch in der Abb. 3 unter 2.1.1 erkennen.

Im Klassifikationssystem der DSM-IV wird das Asperger-Syndrom wie folgt beschrieben:

„A. Qualitative Beeinträchtigungen der **sozialen Interaktion**, die sich in mindestens zwei der folgenden Bereiche manifestieren:

- (1) ausgeprägte Beeinträchtigung im Gebrauch multipler nonverbaler Verhaltensweisen wie beispielsweise Blickkontakt, Gesichtsausdruck, Körperhaltung und Gestik zur Steuerung sozialer Interaktionen
- (2) Unfähigkeit, entwicklungsmäßige Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzubauen
- (3) Mangel, spontan Freude, Interesse oder Erfolge mit anderen zu teilen (z.B.: Mangel, anderen Menschen Dinge, die für den Betroffenen von Bedeutung sind, zu zeigen, zu bringen oder darauf hinzuweisen)
- (4) Mangel, an sozio-emotionaler Gegenseitigkeit;

B. Beschränkte, repetitive und stereotype **Verhaltensweisen, Interessen** und **Aktivitäten** in mindestens einem der folgenden Bereiche:

- (1) umfassende Beschäftigung mit einem oder mehreren stereotypen und begrenzten Interessen, wobei Inhalt und Intensität abnorm sind
- (2) auffällig starres Festhalten an bestimmten nichtfunktionalen Gewohnheiten, oder Ritualen
- (3) stereotype oder repetitive motorische Manierismen (z.B. Biegen oder schnelle Bewegungen von Händen oder Fingern oder komplexe Bewegungen des ganzen Körpers)
- (4) ständige Beschäftigung mit Teilen von Objekten.

C. Die Störung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise **Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen** oder anderen **wichtigen Funktionsbereichen**.



D. Es tritt kein klinisch bedeutsamer allgemeiner Sprachrückstand auf (es werden z.B. bis zum Alter von zwei Jahren einzelne Wörter, bis zum Alter von drei Jahren kommunikative Sätze benutzt)

E. Es treten keine klinisch bedeutsamen Verzögerungen der kognitiven Entwicklung oder der Entwicklung von altersgemäßen Selbsthilfefertigkeiten, im Anpassungsverhalten (außerhalb der sozialen Interaktion) und bezüglich des Interesses des Kindes an der Umgebung auf.

F. Die Kriterien für eine andere spezifische Tiefgreifende Entwicklungsstörung oder für Schizophrenie sind nicht erfüllt.“ (Rollet, Kaster-Koller 2001, S14f)

ICD-10 Diagnostik für das Asperger-Syndrom F84.5 (ICD-10, Zugriff am 26. Oktober 2010):

„Definition: Diese Störung von unsicherer nosologischer Validität ist durch dieselbe Form qualitativer Abweichungen der wechselseitigen sozialen Interaktionen, wie für den Autismus typisch, charakterisiert, zusammen mit einem eingeschränkten, stereotypen, sich wiederholenden Repertoire von Interessen und Aktivitäten. Die Störung unterscheidet sich vom Autismus in erster Linie durch fehlende allgemeine Entwicklungsverzögerung bzw. den fehlenden Entwicklungsrückstand der Sprache und der kognitiven Entwicklung. Die Störung geht häufig mit einer auffallenden Ungeschicklichkeit einher. Die Abweichungen tendieren stark dazu, bis in die Adoleszenz und das Erwachsenenalter zu persistieren. Gelegentlich treten psychotische Episoden im frühen Erwachsenenleben auf.“

Die Kennzeichen des Asperger-Autismus wirken sich, ebenso wie die des frühkindlichen Autismus auf das Zusammenleben in der Familie aus. Die Merkmale, welche für einen Verarbeitungsprozess des Vaters als relevant erachteten werden, werden im folgenden Abschnitt genauer erläutert.

### **2.3.2 Aspekt der Kommunikation**

Im Vergleich zu der Sprachentwicklung von Kindern mit frühkindlichem Autismus ist die beim Asperger-Syndrom nicht verzögert. Die Kinder lernen relativ früh, sich sprachlich sehr gut auszudrücken und haben einen großen Wortschatz. Dennoch ist die kommunikative Fähigkeit der Kinder gestört, da sie beispielsweise nicht auf ihr Gegenüber achten (Spontanrede) und häufig Selbstgespräche führen. Im Bezug auf die Stimme gibt Remschmidt

an, dass diese häufig monoton, blechern und eintönig klingt. Zudem weist sie geringe Modulationen auf. (vgl. Remschmidt 2006, S. 20)

Christopher Grillberg (vgl. 2003, S.6) beschreibt in seinen Diagnosekriterien das ungewöhnliche Sprachprofil von Kindern mit Asperger-Autismus, wobei mindestens drei der folgenden Sprachauffälligkeiten zutreffen müssen:

- (a) verzögerte Sprachentwicklung
- (b) perfekter sprachlicher Ausdruck (oberflächlich betrachtet)
- (c) formelle, pedantische Sprache
- (d) seltsame Prosodie, eigenartige Stimmmerkmale
- (e) Fehlinterpretationen/ beeinträchtigtes Verständnis bei wörtlichen/ implizierten Bedeutungen

Eltern haben auf Grund einiger Kommunikationsschwierigkeiten, manchmal Probleme die Kinder zu verstehen, was sich auch auf das Zusammenleben auswirkt.

Hierzu gehören die nonverbalen kommunikativen Beeinträchtigungen, die sich durch einen seltsamen Einsatz von Gesten, Körpersprache und Mimiken auszeichnen. Es gibt oft keine Übereinstimmung von dem was das Kind mitteilen möchte und dem was es aber ausdrückt. (vgl. Jorgensen 2007, S 40f)

Eine weitere sprachliche Besonderheit ist, dass mehrdeutige Wörter und Aussagen von den Kindern oft völlig falsch verstanden werden. „Um zu verstehen und die Bedeutung von Worten und Begriffen zu erfassen, bedienen wir uns unseres globalen Wissens. Dieses Wissen müssen wir in Zusammenhang damit bringen, wo wir uns befinden, was gerade geschieht, mit wem wir sprechen, was den anderen beschäftigt und was kurz zuvor gesagt wurde. Wir müssen außerdem darauf achten, die sprachlichen Nuancen zu deuten, die durch Gesten, Blicke, Mimik, Körpersprache und Stimmlage vermittelt werden.“ (Steindal 1997, S. 25)

Auch Redewendungen, wie zum Beispiel „Du nimmst mich auf den Arm“ können das Kind verwirren, da es sich der Mehrdeutigkeit nicht bewusst ist. Bilder werden ebenso häufig wörtlich interpretiert, so hat beispielsweise ein Kind gesehen, wie bei der Zeichentrickserie Road Runner der Kojote mit einem Regenschirm als Fallschirm von der Klippe fiel. Das Kind wollte wissen, warum er das mache, da es doch nicht regnet.

Des Weiteren kann auch die, bereits erwähnte, ungewöhnliche Sprachmelodie (Prosodie) zu Kommunikationsmissverständnissen führen. Die Prosodie erfüllt Funktionen im grammatikalischen, pragmatischen und affektiven Bereich. Die grammatikalische Funktion, also ob es sich beispielsweise um eine Frage oder Aussage handelt, sind beim Asperger-Syndrom am wenigsten beeinträchtigt. Die pragmatische Funktion zeigt sich darin, dass dem Zuhörer soziale Informationen vermittelt werden, was bei Kindern mit Asperger-Autismus weniger der Fall ist. Auch bei der affektiven Prosodie, bei der Gefühle und Haltungen kommuniziert werden gibt es Schwierigkeiten. Das Kind kann nicht so gut ausdrücken, ob es wütend, ängstlich, oder glücklich ist. Da das Kind Probleme mit der Prosodie hat, braucht es Hilfe, um Botschaften verstehen zu können.

Wie auch in den Diagnosekriterien von Grillberg beschrieben, zeichnet sich die Sprache durch eine pedantische Redeweise aus. Dies zeigt sich in einem Geben von zu vielen Informationen, Betonen kleiner Details, Korrekturen von Äußerungen des Gegenübers, Verwendung formeller Satzkonstruktionen und einem engen Interpretieren von dem, was der andere sagt. (vgl. Attwood 2008, S. 267-270) „Ein Beispiel hierfür ist ein Jugendlicher, der seinem Vater bei dessen Arbeit als Reinigungskraft in einem Büro half. Der Vater bat ihn, alle Mülleimer zu leeren. Etwas später erkannte der Vater verärgert, dass noch nicht alle Mülleimer geleert waren. Der Sohn aber antwortete: ‚Die anderen sind keine Mülleimer, das sind Papierkörbe.‘“ (Attwood 2008, S. 270)

Eltern von Kindern mit Asperger-Syndrom müssen in der Kommunikation mit dem Kind bedenken, dass dieses auf Grund auditiver Beeinträchtigungen, nicht alles genau versteht. Es ist schwierig sich auf eine Stimme zu konzentrieren, wenn mehrere Personen sprechen, bzw. wird die Stimme des anderen oft verzerrt wahrgenommen, was die Kommunikation ebenso erschwert.

Auch auf Gleichaltrige stößt ihre Sprache, da sie ungewohnt ist, auf Ablehnung. Die Sprache ist komplizierter, sie beherrschen die Grammatik besser, entwickeln Wortneuschöpfungen und sprechen nicht wie andere Kinder. (vgl. Walter 2008, S. 50)

Schlussendlich ist die Kommunikation vom Ausdrucksvermögen des Kindes abhängig. Die Kinder sprechen entweder zu viel, oder zu wenig. Sind sie zum Beispiel von etwas fasziniert, ist es ihr Spezialgebiet, lassen sie niemanden zu Wort kommen und reden wie ein Wasserfall, während anderen Kindern oft die Wörter ausgehen, sie gewissen Personen gegenüber schweigen. (vgl. Attwood 2008, S. 271-274)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich das Sprachverhalten beim Asperger-Syndrom durch einen frühen Sprachbeginn, eine rasche Entwicklung einer grammatikalisch und stilistisch hochstehenden Sprache und einer guten, allerdings gestörten Kommunikation beschreiben lässt. (vgl. Remschmidt 2000, S. A1300)

### **2.3.3 Störung des Sozialverhaltens**

Menschen mit Asperger-Syndrom besitzen häufig eine überdurchschnittliche Intelligenz und werden später, als frühkindliche Autisten auffällig, meist erst wenn Anforderungen an ihre soziale Eingliederungsfähigkeit gestellt werden, also mit Kindergarten, oder Schuleintritt. Die soziale Interaktion ist bei ihnen qualitativ beeinträchtigt. „Darunter versteht man, dass die betreffenden Kinder und Jugendlichen sowohl in ihrem nichtverbalen Verhalten (Gesten, Mienen, Gebärden, Blickkontakt) auffällig sind als auch durch ihre Unfähigkeit, zwanglose Beziehungen zu Gleichaltrigen oder Älteren herzustellen. Sie können auch nicht emotional mitreagieren und so mit an der Freude oder auch an Ärger und Wut anderer teilhaben.“ (Remschmidt 2006, S. 19f)

Grillberg (vgl. 2003, S.6) beschreibt die diagnostischen Kriterien im Bereich der sozialen Beeinträchtigungen wie folgt:

Soziale Beeinträchtigungen (extreme Selbstbezogenheit - mindestens zwei der folgenden Auffälligkeiten):

- (a) Schwierigkeiten im Kontakt mit Gleichaltrigen
- (b) Gleichgültigkeit im Kontakt mit Gleichaltrigen
- (c) Schwierigkeiten beim Interpretieren sozialer Reize
- (d) Sozial und emotional unangemessenes Verhalten

Diese sozialen Beeinträchtigungen sind darin begründet, dass Menschen mit Asperger-Syndrom eine qualitativ andere Emotionalität haben. Das bedeutet beispielsweise, dass sie sich nur begrenzt auf andere Menschen einstellen können, sie ihre Wünsche oft rücksichtslos durchsetzen, sich am Ärger anderer freuen, keine Distanz zu anderen wahrnehmen und auch keinen Sinn für Humor haben. „Sie sind in ihrer Emotionalität qualitativ anders:

disharmonisch, oft voll überraschender Widersprüche, aber durchaus tiefer Gefühlsempfindungen.“ (Remschmidt 2006, S. 21)

Den Aspekt der Distanzlosigkeit hat bereits Hans Asperger (1943, S. 103) wie folgt beschrieben: „Auch für persönliche Distanz haben sie gar kein Gefühl: so wie sie sich unbekümmert an jeden, auch an ganz fremde Personen anlehnen, ihn angreifen, als wäre er gar kein Mensch, sondern irgendeine Sache, ein Möbelstück, so nehmen sie auch ohne jedes Fremdheitsgefühl jedermann in Anspruch, fordern seine Dienste, beginnen ein Gespräch, dessen Thema sie selbst angeben – all das zweifellos ohne jedes Gefühl für Unterschiede des Alters, für Ein- und Unterordnung, für Pflichten des Anstandes und der Höflichkeit.“

Kinder mit Asperger-Syndrom suchen also soziale Kontakte, sie wissen nur nicht, wie sie diese eingehen sollen. Dieses „nicht zum Kontakt kommen“ ist ein wesentliches Problem für die Eltern dieser Kinder. Es handelt sich dabei nicht um die gefühlsmäßige Seite des Kontaktes, sondern das Hauptproblem ist die Art und Weise der sozialen Interaktion, denn das Kind reagiert nicht wie andere auf Signale der Eltern. Die gestörte Interaktion zeigt sich dabei in allen Bereichen des Alltags. Das Kind beharrt auf seine Gewohnheiten und wird dadurch von anderen als schwierig oder gar seltsam erlebt. (vgl. Jorgensen 2007, S 39)

Hans Asperger hat geschrieben, dass Kinder mit Autismus soziales Verhalten nicht instinktiv wie andere Kinder lernen, sondern soziale Anpassung bei ihnen über den Intellekt gehen muss. Dieses Lernen muss gemeinsam mit den Eltern/ Bezugspersonen erfolgen, wobei bedacht werden muss, dass das Kind sein Verhalten nur ändern wird, wenn es ihm logisch erscheint, dies zu tun. Je sachlicher und objektiver die Regel ist, umso leichter kann sie umgesetzt werden und dem Kind helfen sich in die Gemeinschaft zu integrieren. Dieser Prozess ist dabei mit dem Erlernen einer Fremdsprache vergleichbar- es handelt sich um bewusstes intellektuelles Training und nicht um unbewusstes, instinkthafes Lernen. (vgl. Attwood 2008, S. 116f)

### **2.3.4 Spezielle Interessen und stereotype Verhaltensmuster**

Dieser Aspekt gehört zu den Kernsymptomen des Asperger-Syndroms. Unter speziellen Interessen ist zum Beispiel die Beschäftigung mit Wissensgebieten zu verstehen, welche meist nicht von allgemeinem Interesse sind. Diese Gebiete sind beispielsweise ein enormes Interesse an Kirchtürmen, Waschmaschinen und der Schmelzpunkte von Metallen. Hierbei

sind nicht nur das Interessensgebiet an sich, sondern auch das Ausmaß der gewidmeten Zeit, außergewöhnlich. (vgl. Remschmidt 2006, S. 19f)

Die Sonderinteressen sind sehr eng gefasst und haben kaum Beziehungen zum realen Leben. Hans Asperger (vgl. Walter 2008, S. 50) hat folgende Beispiele für Spezialinteressen gegeben:

- großes Interesse an Funktionen des Organismus (vegetative Abläufe)
- Versuch des Studiums der Gesetzmäßigkeiten des Gedächtnisses
- Interesse an Kunst, die Kompetenzen Erwachsener werden oft überschritten
- Aufbau von Maschinen
- Teilgebiete der Chemie

Dieses „Spezialgebiet“ verdrängt andere vielseitige und altersgemäße Interessen und wird zu einem charakteristischen Wesenszug des Kindes. (vgl. Jorgensen 2007, S 41)

Auch hierzu hat Grillberg (vgl. 2003, S.6) wieder diagnostische Kriterien genannt, welche wie folgt lauten:

Enges Interesse (mindestens eine der folgenden Auffälligkeiten):

- (a) ausschließen anderer Aktivitäten
- (b) repetitives Festhalten
- (c) mehr mechanisch, als bedeutungsvoll

Ein spezielles Interessensgebiet bei Kindern mit Asperger-Syndrom ist zwar meist der Fall, dennoch haben Studien ergeben das in etwas 5-15% der Menschen kein Spezialgebiet haben, was aber eine Diagnose „Asperger-Syndrom“ nicht automatisch ausschließt.

Interessant ist der Zweck dem das Spezialinteresse dient. Aus klinischer Erfahrung und Autobiographien lassen sich verschiedene Funktionen von diesen ableiten. So können Spezialinteressen helfen Ängste zu überwinden, machen den Kindern Spaß, entspannen sie, helfen ihnen Ordnung in das Chaos zu bringen, die physische Welt zu verstehen, geben ihnen eine eigene Identität, dienen als Zeitvertreib und Gesprächsstoff und sind ein Zeichen für

Intelligenz. Diese Funktionen erfüllen sie für den Betroffenen selbst, andere Auswirkungen haben sie jedoch auf die Eltern und die Umgebung des Kindes. Die Geduld der Eltern wird auf eine Probe gestellt, wenn die Kinder stundenlang einen Monolog über ihr Interesse halten. Des Weiteren können diese Spezialinteressen zu finanziellen Problemen führen. (vgl. Attwood 2008, S. 222-240)

Am schlimmsten für die Eltern sind jedoch Wutausbrüche bei den Kindern, wenn diesen der Zugang zum Spezialinteresse verwehrt wird. Dazu schreibt ein Mann mit Asperger-Syndrom folgendes: „Ich fühle in mir eine überwältigende Begeisterung, die ich nicht beschreiben kann. Ich muss einfach darüber reden und wenn ich dabei unterbrochen werde, irritiert mich das so sehr, dass ich dadurch schnell extrem wütend werde.“ (Jackson 2002 zit. nach Attwood 2008, S. 240)

### **3. Väter behinderter Kinder**

#### **3.1 Rolle des Vaters in der Wissenschaft**

In der Wissenschaft wird die Rolle des Vaters sehr stiefmütterlich behandelt, denn unter dem Begriff „Eltern“ fällt zwar auch der Vater hinein, es wird aber über sein Verhalten meist nur anhand von Aussagen der Mutter berichtet. Von einer „Vaterforschung“ kann frühestens ab den 70- er Jahren gesprochen werden, denn ab diesem Zeitpunkt rückte die Rolle des Vaters auf Grund gesellschaftlicher Veränderungen immer mehr in den Mittelpunkt. (vgl. Kallenbach 1997a, S. 13-23)

Michael Matzner spricht in seinem Buch „Vaterschaft aus Sicht von Vätern“ davon, dass erst in den letzten Jahrzehnten die Person des Vaters immer mehr in den Fokus der Wissenschaft gerückt ist. Besonders in der Entwicklungspsychologie wird seit den 70- er Jahren des 20. Jahrhunderts die Auswirkung des Vaterverhaltens mehr erforscht, während zuvor nur die Mutter- Kind- Beziehung im Fokus stand.

Die Erforschung des Väterverhaltes findet im deutschsprachigen Raum, neben der Psychologie noch in der Soziologie statt. Es hat sich sogar eine von Männern betriebene eigene „kritische Männerforschung“ gebildet, welche Themen, wie das Mannsein in der Gesellschaft und die Beziehung zwischen Mann und Frau behandelt. (vgl. Matzner 2003, 13ff)

Kallenbach (vgl. 1997a, S. 22- 25) gibt an, dass sich die Lebensbedingungen, unter denen heutzutage Familien gegründet werden, verändert haben, was dazu führt, dass von der Familie andere Formen der innerfamiliären Organisation und eine veränderte Definition ihres Verständnisses im gesamtgesellschaftlichen Gefüge, verlangen werden. Die Aufgaben in der Familie verteilen sich neu und haben Auswirkungen auf alle Familienmitglieder. Männliche Rollenzuschreibungen, wie „männlich“, und „naturgegeben“ müssen neu überprüft werden.

Das Interesse am Vater und seiner Rolle in der Familie, hat sich wie bereits erwähnt erst sehr spät entwickelt und lässt sich in folgende vier Forschungsphasen einteilen, welche jedoch nicht abgeschlossen sind:



1. Phase der kulturenethnologischen Studien und Väterabwesenheit: elterliches Verhalten ist kulturell determinierend, der Mann wird zum Vater, indem er eine gesellschaftlich vorgelebte Rolle erfüllt. Ein weiterer Forschungsaspekt ist der, der Auswirkungen der Väterabwesenheit auf die Kinder.
2. väterlicher Umgang mit dem Kind: Hier werden unter anderem das Bindungsverhalten von Kindern an den Vater und der Umgang der Väter mit diesen erforscht. Es zeigen sich mehr Gemeinsamkeiten, als Unterschiede zwischen Vätern und Müttern auf.
3. systemtheoretischer Ansatz: Zu der Untersuchung der Vater-Kind-Interaktion kommt die, der triadischen und multiplen Bindungen, um individuelle Einflüsse des Vaters erkennen zu können.
4. Familien mit nichttraditionellen Rollenaufteilungen: Hierbei kommt man zu differenzierten Ergebnissen bezüglich der Familien/Vätersituation.

Auch im Bereich der Sonderpädagogik wurde kaum auf die Rolle des Vaters eingegangen und Aussagen meist nur über die Mutter getroffen.

Dass die Geburt eines behinderten Kindes Auswirkungen auf die ganze Familie hat, hat bereits Kobi im Jahr 1983 beschrieben. (vgl. Speck 2003, S. 465) Dieser hat Probleme genannt, welche in der Familie entstehen können. Dazu gehören beispielsweise Schwierigkeiten, wie ein stärkeres Angewiesensein auf Hilfe, eine stärkere Belastung und Isolation, vor allem der Mütter, Beeinträchtigung der Erholungs- und Freizeitmöglichkeiten, wirtschaftliche Belastungen und Unsicherheit in den Erziehungsnormen. Hierbei wird aber hauptsächlich die Belastung auf Seiten der Mutter aufgezeigt, die Väter spielen noch kaum eine Rolle.

In neueren Forschungen hat sich diese Sichtweise verändert und so gibt beispielsweise Dieter Hinze (1999, S. 17f) an, dass es Auswirkungen auf die ganze Familie hat, wenn ein behindertes Kind geboren wird. Jedoch, nicht nur die Mütter, sondern auch die Väter sind betroffen. Es gibt dabei sowohl Unterschiede, als auch Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Reaktion und Versuche der Auseinandersetzung und Verarbeitung.

Auf Grund von geschlechts- und rollenspezifischen Unterschieden, wird den Vätern oft nachgesagt, dass es ihnen leichter fällt mit der Behinderung des Kindes fertig zu werden. „Ihr

mehr auf Sachlichkeit, Selbstbeherrschung, Stärke und Rollenkonformität ausgerichtetes Verhalten, sowie die Priorität ihrer Erwerbsarbeit, scheinen es Vätern leichter zu machen, zur Behinderung auf Distanz zu gehen und die Belastungen in Grenzen zu halten.“ (Hinze 1999, S. 18) Es kann aber auch sein, dass ihnen gerade deshalb die Auseinandersetzung erschwert wird.

Auch Kallenbach (vgl. 1997a, S. 31) spricht davon, dass Väter bei Konfrontation mit der Behinderung des Kindes emotional ähnlich stark belastet sind, sie jedoch die Diagnose anders als die Frauen verarbeiten.

Im Artikel „Fathers: the forgotten parent“ (vgl. 1996) weist James May darauf hin, dass jeder Mann, wenn er Vater wird, verwirrenden Werte- und Rollenentscheidungen gegenübersteht, bei einem Vater mit beeinträchtigten oder kranken Kindern die Veränderungen aber vom Ausmaß her beträchtlich sind. Der Vater muss seine Prioritäten neu prüfen, sich mit dem Verlust auseinandersetzen und Fähigkeiten im Bereich der Fürsorge entwickeln. Die Isolation, welche üblicherweise durch ein behindertes Kind entsteht, kann ein Risiko für die ganze Familie darstellen.

„The extensive stresses evoked in a family with a child with special needs—emotional, financial, vocational, and educational—can leave a father depressed, helpless, powerless.... and very, very angry.” (May 1996)

Bezüglich der Schwierigkeiten, welche sich für einen Vater mit einem behinderten Kind ergeben können formuliert Hinze (vgl. 1992, S. 136ff) folgende Thesen:

1. Der Vater ist in seinem Selbstbild als Mann gefährdet.
2. Die Erwerbstätigkeit erschwert ihm die Auseinandersetzung mit der Behinderung des Kindes.
3. Seine Geschlechterrolle verlangt Sachlichkeit und Selbstkontrolle.
4. An der emotionalen Verarbeitung hindert den Vater seine Selbstbeherrschtheit.
5. Eine Angst vor sozialer Diskriminierung ist gegeben.
6. Die Rollenteilung zwischen Vater und Mutter schränkt die Vater-Rolle ein.

7. Die Elternrolle des Vaters wird von Müttern und Fachleuten als nebensächlich angesehen.

Der Mann steht weiters auch der Schwierigkeit gegenüber, lernen zu müssen mit dem Verlust des „Kindes der Erwartung“, umzugehen. Bob Maier schreibt über seinen autistischen Sohn Karl folgende Zeilen:

“Things are getting better. The funeral for the child of expectations is over now. Oh, I still visit the cemetery from time-to-time. I put cub-scout caps, and grade school science projects at his grave. But I don't spend so much time there anymore. I've got another son to love. The one they call 'autistic'. He's such a sweet boy. He's never mean to anyone, and he squeezes so tight when he hugs me. He loves to dance with his daddy, and he gets such a cute smile on his face when he says... 'I did it!' He's still the same boy who loves monkeys, Peter Pan, kiwi fruit and throwing rocks in the water. I'm learning to love my new son and he has always loved me” (Maier, 1995, p. 17 zitiert nach May 1996).

## **3.2 Einflussfaktoren des Väterverhaltens**

Kurt Kallenbach (vgl. 2004) gibt verschiedene Einflussgrößen zum Väterverhalten in Familien mit behinderten Kindern an, welche im Folgenden erläutert werden.

### **3.2.1 Beruf und Familie**

Für Väter ist es schwieriger Beruf und Familie zu vereinbaren, wenn ein behindertes Kind in der Familie lebt. Sie können sich auf Grund der beruflichen Tätigkeit weniger um das Kind kümmern und ihre Frau meist nur am Wochenende und nach Feierabend entlasten. Der Mann übernimmt in traditionellen Familien meist die Sicherung der wirtschaftlichen Grundlagen, während die Frau sich um das Leben in der Familie kümmert. Zudem ist der Vater auch häufig aus Eltern- und Familienarbeit, wie zum Beispiel Frühförderung ausgeschlossen.

Bei einer Studie von Kurt Kallenbach (vgl. 1997, S. 42-45) zeigen sich folgende Ergebnisse:

- der Großteil der Väter findet in ihrem Beruf soziale Anerkennung, materielle

### Absicherung und persönliche Selbstbestätigung

- tendenziell sehen die Väter ihren Beruf als positiv an,
- 56% geben an, dass ihr Beruf nicht unter sonstigen Verpflichtungen leidet,
- 8% fühlen sich vom Beruf so weit belastet, dass sie sich nicht um ihr Kind kümmern können,
- ein Teil der Väter sieht die Berufstätigkeit als willkommene Abwechslung zu den haushaltlichen Verpflichtungen, 34,7% widersprechen dem,
- 24,1% der Väter sprechen selten über die Behinderung des Kindes am Arbeitsplatz

Eltern autistischer Kinder leiden häufig an den Folgen der Behinderung, da sich diese auf die persönliche Entwicklung aller Familienmitglieder auswirken. Christian Klicpera gibt gerade den Aspekt des Berufes als Grund an, weshalb die Mütter autistischer Kinder, seiner Ansicht nach mehr belastet sind: „Während die Väter auf ihren Beruf ausweichen können und dort Bestätigung finden, ist dies den Müttern gerade wegen der intensiven Pflege, die diese Kinder benötigen, kaum möglich.“ (Klicpera 2002, S. 194)

### **3.2.2 Familiäre Aktivitäten**

Zu den hauptsächlichen Aktivitäten des Vaters im Haushalt gehören Einkaufen, Reparaturen, Staubsaugen und Abwaschen, während hygienische Bereiche, wie Windeln wechseln der Frau überlassen bleiben. Die Väter versuchen die Frauen zu entlasten, indem sie Aufgaben bei der Pflege und Betreuung des behinderten Kindes übernehmen, was zu einem veränderten Rollenverhalten führen kann. Problematisch ist, dass viele Mütter die Väter trotzdem, vor allem auf Grund der Berufstätigkeit, als „Teilzeitväter“ erleben und ihnen schwere Vorwürfe machen. Dies ist Resultat davon, dass sich die Frauen als permanent eingesetzt erleben.

Bezüglich des Betreuungsaufwandes hat die Studie von Kallenbach (vgl. 1997, S. 48-50) folgende Ergebnisse gebracht: Die Frau ist an den Betreuungsaufgaben häufiger beteiligt, die väterliche Beteiligung richtet sich nach seiner zeitlichen Verfügbarkeit, Besuche bei Fachleuten übernehmen zu 65,3% die Mütter und Väter sind durchschnittlich 6,2 Stunden pro Woche mit Betreuung und Pflege beschäftigt.

Bei Kindern mit Autismus ist das familiäre Leben erschwert, so sind alltägliche Routineabläufe, wie beispielsweise Waschen und Essen (siehe 2.2.4) für die Eltern zermürbend, da die Kinder immer auf denselben Ablauf bestehen. Auch, dass die Kinder weniger Selbstständigkeit zeigen, ist für die Eltern belastend. (vgl. Klicpera 2002, S. 192)

### **3.2.3 Außerfamiliäre Kontakte**

Väter behinderter Kinder finden trotz der familiären und beruflichen Verpflichtungen Zeit für außerfamiliäre Kontakte. Kallenbach (vgl. 1999, S. 61-74) zeigt in einer Studie, bei welcher Väter behinderter Kinder befragt wurden auf, dass die Familien nicht, wie angenommen nur isoliert und zurückgeschlossen leben. Sie haben sehr viele Kontakte zu einem großen Verwandten- Bekannten und Freundeskreis und hegen hierbei enge gefühlsmäßige Beziehungen.

Diese Ergebnisse unterscheiden sich von den Angaben die Christian Klicpera über Eltern von Kindern mit frühkindlichem Autismus macht und zeigen das Ausmaß der Beeinträchtigung auf das außerfamiliäre Leben auf. „Die Eltern leiden auch unter Einschränkungen des Kontaktes mit Freunden und Bekannten, von Ausflügen, des Auswärtssessens, von Unternehmungen in der Freizeit und im Urlaub ganz allgemein, die wegen der Schwierigkeiten der Kinder erforderlich erscheinen.“ (Klicpera 2002, S. 192f)

### **3.2.4 Vater- Kind- Beziehung**

Das Verhalten der Väter ist auch, von der Beziehung zu seinem Kind abhängig. Generell hat sich in fast allen Familien ein neues Rollenbild ergeben (siehe 3.1), der Vater übernimmt dabei eine aktivere Rolle. Den Vater von heute befriedigt es, etwas für sein Kind zu tun, auch wenn es behindert ist. Zudem ist er gerne bereit die Rolle des anregenden und interessierten Spielpartners des Kindes zu übernehmen, was zu dem Aufbau einer engen emotionalen Beziehung führt. (vgl. Kallenbach 2004)

Die Beziehungsstörung autistischer Kinder hingegen wirkt sich auch auf die Vaterrolle aus. Das Übernehmen einer aktiveren Vaterrolle ist bei autistischen Kindern erschwert. Im Spiel mit dem Kind zeigt sich beispielsweise, dass die Kinder bei bekannten, strukturierten Spielen,

zu denen sie aufgefordert werden, oft ebenso Freude empfinden, wie Kinder mit einer normalen Entwicklung es jedoch schwieriger wird, wenn es zu unstrukturierten Begegnungen kommt- hier lassen sich die Kinder weniger auf das gemeinsame Spiel ein. Auch bei einer dyadischen Interaktion zeigen alle autistischen Kinder Verhaltensauffälligkeiten, da sie die Bezugsperson nicht mehr anschauen und sich ausschließlich dem Gegenstand widmen. (vgl. Sigman 200, S. 43f)

Diese Forschungsarbeit behandelt den Verarbeitungsprozess den Väter von Kindern durchlaufen, welche die Diagnose Autismus erhalten haben. Der folgende Abschnitt zeigt Studien auf, bei denen die Verarbeitungs- bzw. Coping-Strategien im Interesse der Forschung stehen.

### **3.3 Verarbeitungsprozesse bei Vätern autistischer Kinder**

Weder im deutsch-, noch im englischsprachigen Raum gibt es Untersuchungen, welche den Fokus nur auf die spezielle Sicht von Vätern autistischer Kinder gelegt haben. Es gibt aber einige Studien (im englischsprachigen Raum), welche sich mit Eltern oder Müttern autistischer Kinder befassen. Da einige dieser, meist quantitativen, Untersuchungen die Unterschiede zwischen Vätern und Müttern aufzeigen und Einblick in die jeweiligen Sichtweisen geben sind sie für dieses Forschungsvorhaben relevant und werden in diesem Abschnitt dargestellt.

#### **3.3.1 Eltern autistischer Kinder**

Im Falle eines Kindes mit Autismus ist es so, dass die Eltern in der Regel erst im zweiten oder dritten Lebensjahr erfahren, dass das Kind behindert ist. Da sie bis dahin kaum Auffälligkeiten im Verhalten des Kindes merken und glauben, dass die Entwicklung normal verläuft beginnt mit der Diagnose ein lang andauernder und mühsamer Verarbeitungsprozess. Problematisch ist zudem, dass auch heute noch viel Zeit zwischen dem ersten Erkennen von Auffälligkeiten bis hin zum Formulieren einer Diagnose vergeht. (vgl. Klicpera 2002, S.189f) Diese Tatsache hat mit Sicherheit Auswirkungen auf den Verarbeitungsprozess der Eltern.

Karen Wachtel und Alice S. Carter sprechen in ihrem Artikel „Reaction to diagnosis and parenting styles among mothers of young children with ASDs” (vgl. Wachtel 2008, S. 575f) davon, dass die Eltern nach der Diagnose des Kindes eine Reihe von Gefühlen durchlaufen- vom Gefühl der Erleichterung, dass sich ihr Verdacht bestätigt hat, bis hin zur Trauer, weil sie die Wünsche und Vorstellungen für ihr Leben und das ihres Kindes verloren haben. Eltern mit einem autistischen Kind müssen sich dabei einer einzigartigen Herausforderung stellen, welche sehr belastend für sie ist. Dazu gehört zum Beispiel die Entscheidung welche Therapie durchgeführt wird, die finanzielle Belastung und auch der Stress, der sich für die Eltern auf Grund spezifischer Verhaltensweisen autistischer Kinder ergibt. Dazu gehört die intellektuelle Entwicklung des Kindes, Verhaltensprobleme und die fehlende soziale Kompetenz. (siehe: Abschnitt 2.2 und 2.3) Eine erfolgreiche Verarbeitung der Diagnose ist dann erreicht, wenn die Eltern diese akzeptieren, sie in die eigene Realität aufnehmen und sich nicht mehr mit Selbstvorwürfen quälen.

Autismus wird zu den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen gezählt und ist durch schwerwiegende Defizite gekennzeichnet. Auf Grund dieser Tatsache, ist das Risiko der Eltern erhöht psychische Probleme wie Depressionen, Angst, Verzweiflung, Schuld, Probleme im sozialen und ehelichen Leben, verringerte Lebenszufriedenheit, eine geringere Eltern-Kind-Interaktion, sowie Hoffnungslosigkeit zu bekommen. Die Eltern müssen sich täglich der Bewältigung des enormen Stresses stellen. (vgl. Sabih S.1)

Die Verarbeitung wird jedoch dadurch erschwert, dass es bei Eltern autistischen Kindern zu mehr Stress und klinischen Depressionen, als bei nicht- oder körperlich behinderten Kindern oder entwicklungsverzögerten Kindern, kommt.

Diese Ansicht der einzigartigen Herausforderung auf Grund eines autistischen Kindes, teilen verschiedenste Autoren, die sich mit diesem Bereich beschäftigt haben. So geben beispielsweise auch Mieke Meirsschaut, Herbert Roeyers und Petra Warreyn (vgl. 2009, S. 661) an, dass das Erziehen eines autistischen Kindes eine einmalige Herausforderung verbunden mit einem gewaltigen Stress ist, welche eine Gefahr für das Wohlbefinden der ganzen Familie darstellt. Hastings et al. (2005b, S. 635) meint hierzu: „Much published research to date has focused on mothers and fathers of children with autism, demonstrating that they report significantly more stress than parents of children without disabilities and often more than parents of children with other disabilities and chronic illness.” Ebenso berichtet Edith Luther et al. (vgl. 2005 S. 40f), dass sich das familiäre Leben mit einem Kind mit Autismus verändert und dass die Auswirkungen des Autismus auf die Familie so intensiv sind,

dass die Familie sehr starke Bewältigungsfähigkeiten und formale und informale Unterstützung benötigen.

Auch in dem Artikel „Coping strategies in mothers and fathers of preschool and school-age children with autism“ von Richard P. Hastings et al. (vgl. 2005a) wird davon ausgegangen, dass Eltern autistischer Kinder unter mehr Stress leiden, als Eltern von Kindern mit anderen Behinderungen, wie zum Beispiel Down Syndrom. Man nimmt aber an, dass sich viele Familien den Ansprüchen autistischer Kinder anpassen und individuelle und familiäre Bewältigungsstrategien entwickeln.

Als Bewältigungsdimensionen werden Bewältigung durch aktive Vermeidung, problemzentrierte Bewältigung, positive Bewältigung und religiöse/ leugnende Bewältigung angegeben.

Hierbei wird angenommen, dass sich die Bewältigungsstrategien von Vätern und Müttern unterscheiden und dass Mütter häufiger zu Vermeidungsstrategien greifen als Väter. (vgl. Hastings et al. 2005a, S. 377-384)

Die genderspezifischen Bewältigungsstrategien werden auch von David E. Gray (vgl. 2002, S. 631-642) aufgegriffen. Er spricht in seinem Artikel davon, dass die Beeinträchtigung des Kindes eine unterschiedliche Bedeutung für Vätern und Müttern hat, was unterschiedliche Strategien der Bewältigung erfordert. Im Vergleich zu Hastings gibt Gray problemzentrierte und emotionszentrierte Bewältigungsstrategien an. Früher kam es zum Coping, indem die Natur des Problems verändert wurde, während heute die Menschen etwas verarbeiten indem sie aktiv werden und auch ihre Gefühle ausdrücken. Männer greifen dabei eher zu problemzentrierten Bewältigungsstrategien, sie zeigen eine stoische und ausdruckslose Art und Weise mit dem Stress umzugehen, während Frauen vielmehr eine emotionszentrierte Bewältigung bevorzugen, bei der sie ausdrucksstark mit dem Stress umgehen und mehr Unterstützung von Familie und Freunden suchen.



### 3.3.2 Väter und Mütter im Vergleich

Studien, welche auf die Unterschiede zwischen Müttern und Vätern in Bezug auf die Verarbeitung der Diagnose Autismus eingehen, werden wie folgt beschrieben:

Gray (vgl. 2002, S. 631-642) hat nicht nur die Unterschiede in der Bewältigungsstrategie zwischen Mann und Frau dargelegt (siehe 3.3.1), sondern auch eine qualitative Forschung zur genderspezifischen Stressbewältigung durchgeführt. Die Studie wurde in Australien durchgeführt und es wurden 32 Mütter und 21 Väter von Kindern interviewt, welche die Diagnose „High-functioning-Autismus“ oder „Asperger-Syndrom“ erhalten hatten. Die Ausprägung der Symptome waren sehr variabel, alle hatten aber sprachliche Fähigkeiten und besuchten reguläre Schulen. Tiefeninterviews, welche die Kategorien: Beginn der Symptome, Empfehlungen und Diagnose, der Natur der kindlichen Symptome und die Auswirkungen des Autismus auf die Familie beinhalteten führten, den Vater betreffend, zu folgenden Ergebnissen:

- Der markanteste Unterschied zwischen Vätern und Müttern zeigt sich in der unterschiedlichen persönlichen Bedeutung, die dem Autismus des Kindes gegeben wird.
- Die Väter geben an, dass die Situation des Kindes keine signifikanten Unterschiede für sie persönlich macht. Dies bedeutet nicht, dass der Vater nicht „berührt“ ist. Er erfährt den Stress vielmehr „indirekt“ über die Stresserfahrung der Mutter.
- Der hohe Stress der Frauen wird als störend wahrgenommen, da dadurch das häusliche Leben gestört wird. In manchen Fällen haben die Probleme des Kindes zu Auseinandersetzungen zwischen den Eltern geführt, was die Ehe gefährdet hat.

„Dramatic. (My wife) and I have problems... It's not totally (my son) of course, but put it this way, we've just crown apart totally to the point where she nearly left. Nearly twelve months ago now. Things haven't got back together properly yet. And we argue... occasionally about (our other children), but mostly about (our son)“ (Gray 2002, S. 635)

- Die Rolle der Arbeit wird von den meisten Vätern als wichtig angesehen, da sie eine Rolle außerhalb des häuslichen Lebens darstellt. Der Autismus des Kindes hat aber

Auswirkungen auf den Arbeitseinsatz. Die Väter geben an, weniger zu Arbeiten, damit eine höhere Beteiligung an der Kindererziehung gegeben ist.

- Väter sehen sich gerne als Reservequelle der Unterstützung für ihre Frauen an, welche sie dann in Phasen extremen Stresses unterstützen. Ein Vater sagt beispielsweise:

„I don't like seeing my wife upset... so... I try to become involved when things start to go wrong... as opposed to being involved on a day to day basis.” (Gray 2002, S. 635)

Ein großer Teil der Väter macht sich im Hinblick auf die Zukunft der Kinder erhebliche Sorgen. Sie versuchen die Kinder zu einer ökonomischen Unabhängigkeit zu führen. (vgl. Gray 2002, S. 635)

Wie Eltern von High-functioning-Autisten die Diagnose bewältigen und sich anpassen wird in der Studie von Gloria K. Lee untersucht. (vgl. 2009, S.93-114) Hierbei werden auch die Unterschiede zwischen Müttern und Vätern herausgearbeitet. Lee erforscht die Bewältigungsunterschiede von Vätern und Müttern von Kindern mit der Diagnose High-functioning-Autismus in Hinblick auf Depression, Angst und Veränderungen in der ehelichen Beziehung. Teilnehmer der Studie waren 84 Eltern deren Kinder die Diagnose High-functioning-Autismus, Asperger-Syndrom oder nicht genauer spezifizierte Entwicklungsstörung erhielten und eine Kontrollgruppe von 26 Eltern.

Die Ergebnisse der Studie sind Folgende:


- Eltern autistischer Kinder haben im Vergleich zur Kontrollgruppe einen höheren Prozentsatz klinischer Depression (35%), das entspricht einer mittleren Effektgröße von .47
- Im Bereich der Angst ergab die Untersuchung einen mittleren Wert im Vergleich zur Kontrollgruppe, wobei der Wert von Müttern autistischer Kinder erhöht war
- Eltern autistischer Kinder sind weniger optimistisch, haben weniger informelle Unterstützung von Familienmitgliedern und setzen weniger „Reframing“, also Umdeutung, als Bewältigungsstrategien ein; stattdessen suchen sie aktiv formale Unterstützung

- Im Bezug auf den Unterschied zwischen Vätern und Müttern gibt es signifikante Unterschiede: 17% der Väter und 28% der Mütter berichteten von einer klinischen Depression; 4% der Mütter geben an Angst zu haben, hingegen nur 0% der Väter
- Mütter zeigen im Vergleich zu Vätern eine breitere Variation von Bewältigungsstrategien im Bezug auf formelle (professionelle Unterstützung) und informelle Unterstützung (Familie, Peergruppe)
- Mütter sehen mehr die Wichtigkeit von positivem Selbstwertgefühl und psychischem Wohlbefinden als Väter.

**Tab. 5 Beschreibende Statistik der Unterschiede zwischen Vätern und Müttern**

Variables	Mothers (n=25)	Fathers (n=23)	t, p value	Cohen's d
	Mean (SD)	Mean (SD)		
Depression (possible range 0-60)	13.40 (7.76)	9.26 (6.66)	$t=-1.98(df=46), p=.027^*$	.57
	28% clin dep	17% clin dep		
Anxiety (possible range 0-63)	6.40 (5.97)	2.87 (3.45)	$t=-2.53(df=46), p=.008^*$	.72
	96.4% low	100% low		
	4.6% moderate			
Marital Adjustment			all $dfs=44$	
Subscale 1	47.76 (5.49)	44.42 (6.90)	$t=-1.82, p=.04^*$	.54
Subscale 2	28.60 (5.00)	29.62 (3.56)	$t=.782$	-.23
Subscale 3	8.52 (1.33)	9.00 (1.61)	$t=1.11$	-.33
Subscale 4	6.48 (2.82)	7.76 (2.45)	$t=1.63$	-.48
Total	91.36 (5.19)	90.81 (5.45)	$t=-.35$	.10
Coping with health problems (possible range of each subscale 0-135)			all $dfs=46$	
Subscale 1	42.40 (7.16)	37.30 (8.08)	$t=1.48$	.67
Subscale 2	34.68 (8.60)	27.78 (8.82)	$t=2.47, p=.02^*$	.79
Subscale 3	17.76 (3.88)	15.22 (4.09)	$t=3.23, p=.002^*$	.64
Total	94.84 (14.86)	80.30 (18.34)	$t=2.75, p=.007^*$	.88
Coping with crises (possible range of each subscale 30-150)			all $dfs=46$	
Subscale 1	26.56 (6.53)	22.30 (6.06)	$t=2.04, p=.05^*$	.68
Subscale 2	30.64 (4.21)	29.61 (3.65)	$t=.71$	.26
Subscale 3	12.48 (4.08)	9.26 (3.78)	$t=2.11, p=.04^*$	.82
Subscale 4	14.52 (3.28)	14.00 (2.37)	$t=1.23$	.18
Subscale 5	16.72 (2.54)	15.65 (2.76)	$t=1.24$	.41
Total	100.92 (12.19)	90.83 (8.07)	$t=2.75, p=.007^*$	.97

\*\* $p<.01$ , \* $p<.05$

 Springer

(Lee 2009, S. 104)

Vergleichende Werte zwischen Vätern und Müttern werden noch in der Studie von Naomi Davis und Alice S. Carter (2008) aufgezeigt, welche in dem Artikel „Parenting Stress in Mothers and Fathers of Toddlers with Autism Spectrum Disorders: Association with Child Characteristics“ erschienen ist. Diese Studie soll aufzeigen welche Faktoren bei Eltern von jungen und früh diagnostizierten Kindern (26,9 Monate) zu Stress bei den Eltern führen. An der Studie haben 54 Familien teilgenommen, wobei sowohl die Perspektive der Väter als auch der Mütter relevant ist.

Bei der Studie ist herausgekommen, dass die Höhe des Stresses bei 28% liegt, wobei kein signifikanter Unterschied zwischen Müttern und Vätern besteht. Im Bezug auf eine klinische Depression leiden 33% der Mütter und 17% der Väter an dieser und 6% der Mütter und ebenso viele Väter geben Angst als Symptom an. (vgl. Davis 2008, S. 1278-1291)

Im Bereich der klinischen Depression ähneln die Ergebnisse dieser Untersuchung denen von Gloria K. Lees Studie, wohingegen die Werte bezüglich der Angst differenzieren.

Eine weitere Untersuchung zum unterschiedlichen Stress- und Copingverhalten zwischen Vätern und Müttern ist die in dem Artikel „Differences in Stress and Coping for Mothers and Fathers of children with Asperger’s Syndrome and Nonverbal Learning Disorders“ erschienen. Kinder mit Asperger-Syndrom haben nicht die Verhaltensprobleme und Defizite im sozialen Bereich, wie Kinder mit frühkindlichem Autismus. Obwohl diese Kinder meist in öffentlichen Schulen etabliert sind, müssen sie mit den Ansprüchen von Schule und dem Leben zu Hause kämpfen. Die Eltern berichten, dass es einen Mangel professionellen Verständnisses für die Beeinträchtigung und Verhaltensprobleme, ebenso wie einen Mangel an Unterstützungssystemen gibt, welche den Stress in der Familie reduzieren. Diese Studie, welche den Unterschied von Copingverhalten zwischen Müttern und Vätern von Kindern mit Asperger-Syndrom untersucht, wurde an 103 Elternpaaren mit 103 Kindern durchgeführt, wobei 73% der Kinder die Diagnose Asperger-Syndrom hatten.

Die Studie brachte folgende Ergebnisse zu Tage:

- Im Bereich des familiären Stresses gibt es Unterschiede zwischen Vätern und Müttern. Mütter berichteten signifikant von mehr Stress, als die Väter.
- Weiters zeigten sich die Mütter pessimistischer in Bezug auf ihr Kind als Väter.
- Keine signifikanten Unterschiede zeigen sich im Bereich der Bewältigung, wenn die Aufrechterhaltung der familiären Integrität und Stabilität gemessen wird, jedoch gibt es im Bereich der Kommunikation einen Unterschied und die Mütter erzielten höhere Werte.
- 54% der Mütter nehmen Medikamente gegen Depressionen, hingegen nur 26% der Väter.
- 54% der Mütter, aber nur 39% der Väter suchen professionelle Hilfe.

(vgl. Little, S. 565-569)

Die Ergebnisse bezüglich der Depression unterscheiden sich bei dieser Studie von denen, die bei Lee und Davis genannt wurden. Ebenso ist der Wert des Stresslevels hier auch anders, als bei der Studie von Davis, die keinen Unterschied zwischen Vätern und Müttern zeigte.

## **4. Krisenverarbeitungsmodell nach Schuchardt**

Bei Eltern behinderter Kinder stellt man sich oft die Frage, wie sie diese Aufgabe bewältigen, wie sie auf die veränderte Lebenssituation reagieren und wie sie mit der Enttäuschung und Verzweiflung fertig werden. Die Form der Auseinandersetzung und Verarbeitung lässt sich als „Coping“ ansehen. (vgl. Kallenbach 1997b, S. 141)

„Coping umfasst dabei alle kognitiven, emotionalen und handlungspraktischen Bemühungen und Anpassungstechniken zur Meisterung, Bewältigung, Tolerierung, oder Reduzierung bestehender Konflikte, Probleme und Schwierigkeiten.“ (Kallenbach 1997b, S. 142)

Im Fall von Eltern mit behinderten Kindern ist es aber unwahrscheinlich, dass sie jemals mit der Behinderung des Kindes entgültig fertig werden. Aus diesem Grund spricht Erika Schuchardt bereits 1987 davon, dass der Bewältigungsbegriff bei einem Coping Verhalten nicht immer passend ist und besser durch den der Auseinandersetzung und Verarbeitung ersetzt werden sollte. (vgl. Kallenbach 1997b, S. 142)

Das Krisenverarbeitungsmodell nach Schuchardt beschreibt diesen Verarbeitungsprozess und wurde aus diesem Grund für diese Arbeit gewählt. In dem folgenden Unterkapitel wird der Begriff der Krise nach Erika Schuchardt und das nach ihr benannte „Spiralmodell der Krisenverarbeitung“ dargestellt.

### **4.1 Begriff der Krise**

Kurt Kallenbach geht in seinem Artikel „Vater eines behinderten Kindes“ (2004) davon aus, dass die Geburt eines jeden Kindes sich auf die ganze Familie auswirkt, die Eltern jedoch, wenn es sich um ein Kind mit einer körperlichen oder geistigen Behinderung handelt, in der Regel eine schwere Krise durchlaufen:

„Ist das neugeborene Kind wegen eines körperlichen oder geistigen Schadens behindert, durchleben die Eltern in der Regel eine schwere Krise. Der Anblick oder die Mitteilung der Behinderung des Kindes lösen bei beiden Elternteilen innerseelische Erschütterungen in Form eines regelrechten Schocks aus. Sie reagieren auf die unerwartete Situation mit Ohnmacht und Hilflosigkeit, verharren in einer tiefgreifenden und lang anhaltenden Traurigkeit, zeigen

vermehrt Ängste, Verzweiflung und Schuldgefühle und geben auch wiederholt gegenseitige Schuldzuweisungen ab.“ (Kallenbach 2004)

Es gibt verschiedene Modelle, welche sich mit der Bewältigung von Krisen befassen, jedoch steht im Fokus dieser Arbeit der Kriseninterventionsansatz nach Erika Schuchardt.

Schuchardt unterscheidet in ihren Darstellungen zwei Arten von Krisen- die alltäglichen, eher vorhersehbaren Krisen, wie die Krisen im Lebens-LAUF und die eher unvorhergesehenen Krisen als Lebens-BRÜCHE. Erstere sind beispielsweise Partnerschaftskrisen. Mit den unvorhersehbaren Krisen verbindet sie Begriffe, wie „aus heiterem Himmel“, „blitzartig“, „unfreiwillig“ und „in Isolierung verbannend“. (vgl. Schuchardt 2003, S. 31)

„Solche- von mir so bezeichneten - **Lebens-BRUCH-Krisen** sind zum Beispiel die Geburt eines kranken oder beeinträchtigten Kindes, Folgen eines Unfalls, Verlust des Arbeitsplatzes, Zerstörung nach einem Terroranschlag. Existentiell zerbrochen liegt der von derartigen Krisen betroffene Mensch am Boden und ist von diesem lebensveränderten Augenblick an darauf angewiesen, seine Frage: „*Warum gerade ich?*“ als „*Leben in Krisen*“ noch einmal neu zu entdecken. (Schuchardt 2003, S. 31)

Eine Krise ist für den Betroffenen jedoch auch eine neue Chance, was man schon dem Wortstamm des Wortes Krise („krinein“) - bereinigen“, „klären“ und „entscheiden“ - entnehmen kann. Schuchardt spricht dabei von einem Lernweg durch die Krise, bei welcher der Betroffene An-Stöße von anderen Menschen braucht. Diese An-Stöße müssen jedoch erlernt werden und zeigen sich als wechselseitiger Prozess. Sie können unter anderem auf Basis der Mitmenschlichkeit sein, also als Bereitschaft zum ersten solidarischen Schritt, oder pädagogisch gesehen als Angebot, als Ort des Lernens, wissenschaftlich um solche Lernwege für betroffene Personen zu erschließen. (vgl. Schuchardt, S. 33ff) Erika Schuchardt hat ein Spiralmodell, oder auch Phasenmodell entwickelt, welches man durchläuft, wenn man sich in einer Krisensituation befindet. Phasenmodelle basieren auf psychoanalytisch orientierten Trauermodellen und sind in Phasen der Krisenbewältigung aufgebaut, welcher der Betroffene durchleben soll. Das Endziel- im Falle von Schuchardt – die Phase der Solidarität, wird zwar angestrebt, jedoch häufig nicht erreicht. Das Modell von Schuchardt ist wie eine Spirale aufgebaut und in acht Phasen gegliedert, welche sich auch überschneiden können, da es sich um einen Prozess handelt. (vgl. Heinrich 2007, S. 14f)

## 4.2 Krisenverarbeitung in 8 Spiralmodellphasen

„Forschungskonzeption und Forschungszyklus veranschaulichen: Aus mehr als 6000 Lebensgeschichten der von Krisen –schon- und –noch nicht- betroffenen Menschen eines Jahrhunderts durfte ich lernen, Übereinstimmungen und Gesetzmäßigkeiten zu erschließen und sie in dem Modell Krisenverarbeitung in acht Spiralphasen in Worte zu fassen und als An-Stoß zum Um-Denken öffentlich zu machen.“ (Schuchardt 2003, S. 137)

Die Spirale entspricht dabei in ihrer Form einem Symbol für den Lebensweg und die Seelenreise des Menschen, sie veranschaulicht dabei auf einer Seite die Unabgeschlossenheit der inneren Vorgänge, als auch die Überlagerungen der Windungen im Verlauf des Lebens. Es bleibt immer bei diesem schwierigen Leben, die Spirale ist ein Sinnbild für ein Sich-Durchdringen. (vgl. Schuchardt 2003, S.143-152)



Der Aufbau der Spirale erfolgt in drei Stadien: in das Eingangsstadium/ Durchgangsstadium und Zielstadium.

### 4.2.1 Das Eingangsstadium

Dieses erste Stadium lässt sich in zwei Phasen unterteilen, welche primär rational und fremdgesteuert sind.



### Spiralphase 1: Ungewissheit- „Was ist eigentlich los...?“

Zu Beginn jeder Krise steht der Schock, da der Auslöser der Krise, sei es ein Unfall, ein Ereignis,... einen vollkommen unerwartet trifft. Die neue Lebenssituation weicht von der Norm ab, führt zu Angst und Panik vor dem Unbekannten. Es kommt zum Einsatz von Abwehrmechanismen, um den Krisenauslöser zu verdrängen. Diese Phase kann mit Begriffen wie „implizierte Leugnung“, „nicht-wahrhaben-wollen“ verbunden werden. Erika Schuchardt weitet dies aber auf „Ungewissheit“ aus, da der Vorgang nicht vollkommen bewusst ist und eine Tendenz zur Verleugnung vorherrscht.

Die Phase ist in drei Zwischenphasen unterteilbar:

1. Unwissenheit: Hierbei wird nicht vom Schlimmsten ausgegangen und Zweifel werden bagatellisiert, da man ja noch nichts Genaueres weiß. Charakterisieren lässt sich diese Subphase mit der Frage: „Was soll das schon bedeuten...?“
2. Unsicherheit: Die Zweifel werden stärker, „Hat das doch etwas zu bedeuten...?“ und führen zu einer Unsicherheit, welche wiederum abgewehrt wird: „Nein, das hat doch nichts zu bedeuten“
3. Unannehmbarkeit: Hierbei zeigt sich, dass der Betroffene unfähig ist den Verlust der Möglichkeiten des Lebens anzunehmen. „Das muss doch ein Irrtum sein...“ Die drohende Gewissheit wird abgewehrt, es wird sich auf die Unwissenheit ausgeredet und es kommt erst zum Anschluss dieser Phase, wenn die der Gewissheit beginnt. Die Entdeckung der Wahrheit kann dabei, zum Beispiel bei fehlender Begleitung lange hinausgeschoben werden. (vgl. Schuchardt 2003, S. 143ff) Dies kann beispielsweise bei Eltern autistischer Kinder der Fall sein, da diese bis zum Zeitpunkt einer Diagnose in Unwissenheit leben.

### Spiralphase 2: Gewissheit- „Ja, aber das kann doch nicht sein...?“

In dieser Phase wird die Krise einerseits angenommen, andererseits aber auch immer wieder verleugnet, was notwendig ist, um überhaupt weiterleben zu können. Zudem wird emotional und faktisch weiterhin nach der Hoffnung gesucht, dass es sich doch um einen Irrtum handelt, was durch „Ja, aber...?“ zum Ausdruck kommt.

Reale und klärende Gespräche, welche der Betroffene von sich aus sucht, erweisen sich als Hilfe, da dadurch eine Verbindung zwischen rationaler Erkenntnis und Emotion aufgebaut werden. Die Wahrheit wird nach und nach angenommen, wenn der Mensch emotional bereit dazu ist. Diese Situation ist auch für den Begleitenden belastend und bedarf kommunikativ-therapeutischer Kompetenzen. (vgl. Schuchardt 2003, S.145f)

#### **4.2.2 Das Durchgangsstadium**

Zu Beginn des Durchgangsstadiums steht die emotionale und ungesteuerte Phase der Aggression, gefolgt von der Verhandlung und Depression.

##### Spiralphase 3: Aggression- „Warum gerade ich...?“

Der Schritt von der Emotionalen zur Bewusstseinssebene führt zu großen Qualen und Gefühlsstürmen bei dem Betroffenen. Er glaubt überwältigt zu werden, daran zu ersticken, oder lässt es an seiner Umwelt raus- in Form von Aggressionen. Da die Krise und ihr Auslöser nicht fassbar sind, kann alles und jeder zur Zielscheibe werden. Dieses Ventil muss erkannt werden, um den Betroffenen nicht noch zu noch stärkeren Abwehrreaktionen zu bringen, da er sich in dieser Situation von allen im Stich gelassen fühlt.

Aggressionen zeigen sich in dieser Phase in aktiver oder passiver Selbstvernichtung, Isolierung auf Grund feindlicher Äußerungen oder in apathischer Resignation. (vgl. Schuchardt 2003, S.146f)

##### Spiralphase 4: Verhandlung- „Wenn, dann muss aber ...?“

In dieser Phase wird gefeilscht und verhandelt um aus dieser auswegslosen Situation herauszufinden. Es werden Unmengen an Ärzten und Heilpraktikern aufgesucht und Wege beschritten, welche Wunder versprechen, wie zum Beispiel Wunderheiler, „Händeauflieger“, Gottesdienste. Die Gefahr besteht hierbei materiell und geistig völlig ausgenommen und in den Ruin getrieben zu werden. Besser ist, wenn der Betroffene unter Begleitung verstehen lernt, warum er dies tut. Dieses ungesteuerte emotionale Handeln ist mit einem letzten Aufbäumen gleichzusetzen. (vgl. Schuchardt 2003, S.147f)

#### Spiralphase 5: Depression- „Wozu..., alles ist sinnlos...?“

Da das zuvorgegangene Suchen nach einem Wunder einer Lösung gescheitert ist, fallen die Betroffenen in eine Resignation und Verzweiflung, sie befinden sich in der Phase der Depression.

„Aber Trauer und Tränen sind noch Sprache, sind Zeichen von Erleben, Verletztsein und passivem Widerstand in dem Gefühl des schrecklichen Verlustes. Es wird jetzt nicht nur rational, sondern auch emotional erfasst, was nicht mehr da ist. Es wird bewusst verlassen.“ (Schuchardt 2003, S.148)

Dies zeigt sich zum Beispiel in der Trauer kein ersehntes gesundes Kind zu haben, der Betroffene muss von Utopien Abschied nehmen. Jetzt setzt die Trauerarbeit ein, der Mensch leugnet den unumkehrbaren Verlust nicht mehr, sondern beginnt ihn anzunehmen. Er findet sich selbst, was dazu führt, dass er sich von dem Verlust distanzieren kann und beginnt neue Handlungen zu setzen. (vgl. Schuchardt 2003, S.148f)

#### **4.2.3 Das Zielstadium**

In dieser reflexiv-aktional und selbstgesteuerten Dimension durchläuft der Betroffene die Stadien der Annahme und Aktivität bis hin zur Solidarität.

#### Spiralphase 6: Annahme- „Ich erkenne erst jetzt...!“

Durch die abgeschlossene Trauerphase steht der Mensch nun vor einem Leben mit, nicht gegen die Krise. So sieht sich beispielsweise die Mutter eines behinderten Kindes, als diese an, sie kann mit dieser Tatsache leben. Dies ist nicht mit Bejahung gleichzusetzen, sondern mit einem Lernen die Situation als unausweichlich anzunehmen. (vgl. Schuchardt 2003, S.149)

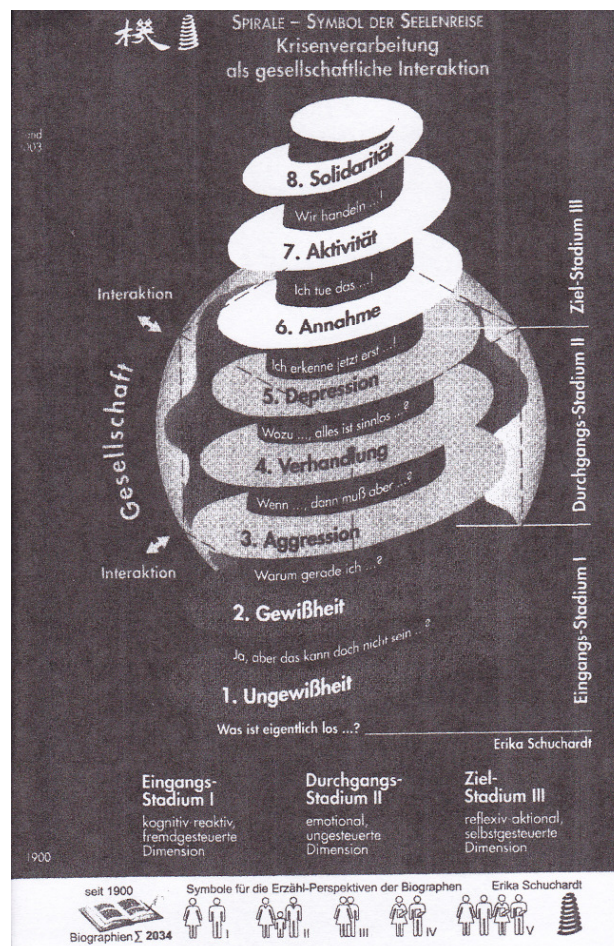
### Spiralphase 7: Aktivität- „Ich tue das...!“

Durch den Entschluss mit der Situation zu leben, sie anzunehmen, werden neue Kräfte freigesetzt, welche neue Taten mit sich bringen. Der Betroffene beginnt, das was er jetzt hat, zu gestalten. Bewusst oder unbewusst werden dabei seine Werte und Normen neu strukturiert. Der Mensch entwickelt durch das Neu-Definieren in gesetzten Grenzen alternative Handlungsperspektiven. (vgl. Schuchardt 2003, S.145f)

### Spiralphase 8: Solidarität- „Wir handeln...!“

Die Phase der Solidarität ist die letzte in dem Spiralmodell nach Erika Schuchardt. Sie ist von dem Wunsch gekennzeichnet auch in der Gesellschaft verantwortlich zu handeln. Der Betroffene fordert zu gemeinsamen Handeln heraus, der Krisenauslöser ist in den Hintergrund getreten. Dieser Ausdruck einer gelungenen Krisenverarbeitung wird jedoch nur von wenigen Menschen erreicht. (vgl. Schuchardt 2003, S.149f)

**Abb. 6 Spiralmodell der Krisenverarbeitung**



## **5. Forschungsmethodologie**

Unter Forschungsmethodologie versteht man die wissenschaftliche Vorgehensweise und deren Begründung bei einem Forschungsvorhaben, wobei es besonders um das Verhältnis von Empirie und Theorie geht. Hierbei kann zum Beispiel von in der Forschung erbrachten Ergebnissen- „Tatsachen“ auf eine Theorie geschlossen werden, wie es bei der qualitativen Forschung häufig der Fall ist.

Im Fall dieser Diplomarbeit wird die qualitative Erkenntnismethode angewendet und „induktiv“ vorgegangen, was bedeutet, dass die erfahrbare Wirklichkeit als Ausgangspunkt genommen wird um sie dann zu beschreiben und analysieren. (vgl. Heinze 2001, S. 15ff) Es wird vom Erleben der Wirklichkeit von Vätern autistischer Kinder ausgegangen, um diese beschreiben und analysieren zu können.

### **5.1 Qualitative Sozialforschung**

In den letzten zwanzig Jahren gibt es einen Trend in Richtung qualitativ orientierten Forschungsmethoden, vor allem in der Teildisziplin der Erziehungswissenschaft, bei welcher unter anderem die pädagogische Biografieforschung und pädagogische Fallanalysen einen besonderen Stellenwert einnehmen. (vgl. Mayring 2008b, S. 7f)

Im folgenden werden Ansätze von qualitativer Sozialforschung, ebenso wie die Grundsätze qualitativen Denkens erläutert.

#### **5.1.1 Ansätze qualitativer Sozialforschung**

Zu der qualitativen Sozialforschung gehören mehrere Ansätze, bei denen sich auch Grundlagen qualitativer Inhaltsanalyse finden lassen. Ausschlaggebend sind folgende Richtungen: (vgl. Mayring 2008a, S. 29)

### 1. Der symbolische Interaktionismus nach Georg Herbert Mead

Der Begriff "symbolischer Interaktionismus" beruht laut Georg Blumer auf folgenden Prämissen:

- „Menschen handeln auf der Grundlage von Bedeutungen, die die Dinge, Personen oder Situationen für die Handelnden besitzen.
- Die Bedeutung derselben entsteht im Prozeß der sozialen Interaktion.
- Die Bedeutung wird in einem wechselseitigen interpretativen Prozeß zwischen den Handelnden und ihrer Umwelt angewendet und modifiziert.“ (Mikl-Horke 2001, S. 266)

Bei der darauf bezogenen Forschungsmethodologie orientiert man sich an den Prozessen der sozialen Interaktion, an der Perspektive des Subjekts, am sozialen Hintergrund und der jeweiligen Situation in der das Subjekt steht. (vgl. Mayring 2008a, S. 29)

### 2. Die Ethnomethodologie nach Harold Garfinkel

Unter „Ethnomethodologie“ versteht man eine Theorie des Handelns, der Ordnung und des praktischen Verstehens. Der Kunstbegriff wurde von Harold Garfinkel geschaffen und geht von alltäglichen Aktivitäten der Menschen und vom Alltagshandeln, welches durch Methoden rational, kurz und erklärbar dargestellt wird, aus. Dabei wird versucht zu verstehen, wie der Mensch die Welt wahrnimmt, wie er sie aufbaut. Der Alltag ist somit die unmittelbare Wirklichkeit des Menschen. Da sich die gesellschaftliche Wirklichkeit erst im alltäglich-praktischem Handeln verwirklicht, ist die Ethnomethodologie auch eine Theorie der sozialen Ordnung. Jeder Akteur bringt seine Wirklichkeit durch Handlungen zum Ausdruck, welche durch verschiedene Techniken verstehbar, beschreibbar und erklärbar werden. (vgl. Kneer 2009, S. 87f)

### 3. Die Feldforschung nach Kurt Lewin

In diesem Zweig der Sozialforschung möchte man den Menschen mit möglichst geringem Eingreifen unter natürlichen Bedingungen beobachten. Im Mittelpunkt steht die Methode der

teilnehmenden Beobachtung, aber auch die Dokumentenanalyse und das offene Interview. (vgl. Mayring 2008a, S. 30)

### **5.1.2 Grundsätze qualitativen Denkens**

Philipp Mayring beschreibt in seinem Buch „Einführung in die qualitative Sozialforschung“ (vgl. 2002, S. 19-24) die fünf Grundsätze qualitativen Denkens.

Im ersten Grundsatz (Postulat 1) ist der Gegenstand humanwissenschaftlicher Forschung festgelegt. Es handelt sich dabei immer um Menschen, Subjekte, welche Ausgangspunkt und Ziel der Untersuchung sein müssen. (vgl. Mayring 2002, S. 20) Hierbei kann alles „Soziale“ der Gegenstand sein, wie zum Beispiel Individuen in sozialen Bezügen (kleine Gruppen, Cliques,...), soziale Institutionen (Familien, Einrichtungen, Vereine,...), Völker, Nationen, alle Arten von Kommunikation. Der Begriff „Gegenstand“ bezeichnet hier nicht nur ein „Ding“, sondern meist Menschen oder Handlungen. (vgl. Heinze 2001, S. 4)

Das 2. Postulat besagt, dass eine genaue, umfassende Beschreibung (Deskription) des Gegenstandsbereiches am Anfang der Analyse stehen muss.

Die Hermeneutik hat bereits hervorgebracht, dass etwas, das von Menschen hervorgebracht wird, immer mit subjektiven Intentionen verbunden ist, was zu folgendem 3. Postulat führt: Es wird davon ausgegangen, dass der Untersuchungsgegenstand nie völlig offen liegt, sondern immer auch durch Interpretationen erschlossen werden muss. Dies gilt vor allem für Bereiche, in denen verbales Material, wie Interviews, Fragebögen,... analysiert werden soll. (vgl. Mayring 2002, S. 21f)

Das Untersuchungsfeld in der qualitativen Forschung ist nicht die künstliche Situation im Labor, sondern das Handeln und Interagieren der Subjekte in ihrem Alltag. (vgl. Flick 2006, S. 17) Das 4. Postulat besagt somit, dass Humanwissenschaftliche Gegenstände immer in ihrem natürlichen und alltäglichen Umfeld untersucht werden sollen. Hierbei ist die Situation zwar anders als in einer künstlichen Laborsituation, dennoch darf man nicht außer Acht lassen, dass auch im natürlichen Umfeld der forschende Zugang immer die Realität verzerrt. (vgl. Mayring 2002, S. 22f)

Schlussendlich heißt es im 5. Postulat: „Die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse humanwissenschaftlicher Forschung stellt sich nicht automatisch über bestimmte Verfahren her; sie muss im Einzelfall schrittweise begründet werden.“ (vgl. Mayring 2002, S. 23) Das menschliche Handeln ist situativ, subjektiv, historisch geprägt und es ist daher nicht möglich mit einer kleinen Stichprobe eine Verallgemeinerung zu garantieren. Kommt es in der qualitativen Sozialforschung zu Verallgemeinerungen muss genau begründet werden, für welche Zeiten und Situationen diese gelten. (vgl. Mayring 2002, S. 23f)

Mayring hat diese Postulate weiter differenziert und zu 13 Säulen des qualitativen Denkens zusammengefügt.

### 5.1.3 Die 13 Säulen qualitativen Denkens nach Mayring

Wie in Abb. 7 ersichtlich, lässt sich das Postulat der Subjektorientierung in drei Richtlinien aufteilen: die Ganzheitlichkeit des Subjekts, das Subjekt in seiner Gewordenheit, als Historizität und im Zusammenhang mit dem Problem des Individuums.

**Abb. 7 Säulen qualitativen Denkens**

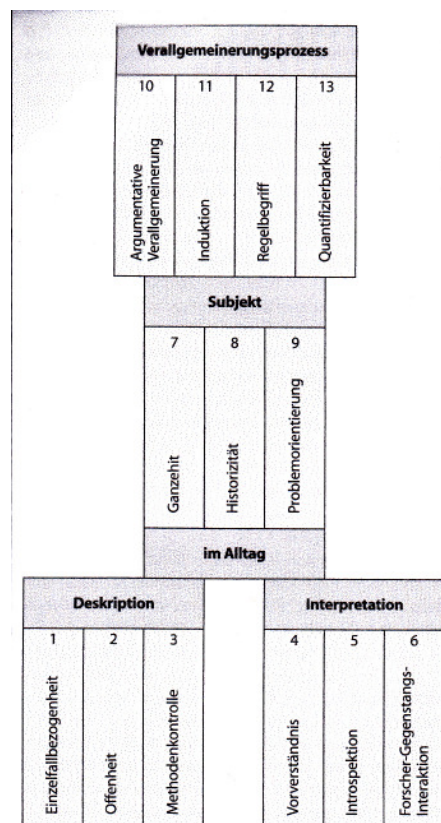


Abb. 1: Säulen qualitativen Denkens



Die Säule der Deskription ist einzelfallbezogen, dem Gegenstand gegenüber offen und methodisch genau kontrolliert. Ein gewisses Vorverständnis, das Zulassen eigener Erfahrungen (Introspektion) und der Prozess der Auseinandersetzung mit dem Gegenstand (Forscher- Gegenstands- Interaktion) ergeben zusammen die Säule der Interpretation. (vgl. Mayring 2002, S. 24f) „Schließlich lässt sich das Postulat der *schrittweisen Verallgemeinerung* differenzieren durch die Forderung nach *argumentativer Verallgemeinerung*, durch den Verweis auf die Möglichkeiten der *Induktion* und durch die Formulierung eines *Regelbegriffs* als Ziel der Verallgemeinerung an Stelle des starren Gesetzesbegriffes. Aber auch qualitative Forschung muss zur Verallgemeinerung ihre Ergebnisse prüfen, an welchen Stellen Quantifizierungen sinnvoll möglich sind.“ (Mayring 2002, S. 25)

## 5.2 Erhebungsmethode: Problemzentriertes Interview

„Als Interview bezeichnen wir eine verbale Zusammenkunft, in der Regel eine direkte Interaktion zwischen zwei Personen, die sich auf der Basis vorab getroffener Vereinbarungen und damit festgelegter Rollenvorgaben als Interviewende und Befragte begegnen.“ (Friebertshäuser 2010, S. 438)

Es hängt vom jeweiligen Forschungsdesign, also dem Erkenntnisinteresse, der Fragestellung, der zu befragten Zielgruppe, sowie der methodischen Anlage der Studie ab, für welche Interviewform man sich entscheidet. Das leitfadenzentrierte Vorgehen eignet sich beispielsweise um Abläufe in Institutionen darzustellen. (Friebertshäuser 2010, S. 438)

Um den Verarbeitungsprozess der Diagnose Autismus bei Vätern autistischer Kinder darstellen zu können, werden in etwas 6 problemzentrierte Interviews durchgeführt. „Darin werden anhand eines Leitfadens, der aus Fragen und Erzählanreizen besteht, insbesondere biographische Daten mit Hinblick auf ein bestimmtes Problem thematisiert“. (Flick 2006, S. 134f)

Der Begriff des „problemzentrierten Interviews“ stammt von Andreas Witzel und umfasst alle Formen der offenen und halbstrukturierten Befragung. Um keine Verständnisprobleme aufkommen zu lassen, differenziert die folgende Tabelle (Tab. 8) die Begriffe: „offenes Interview“, „unstrukturiertes Interview“ und „qualitatives Interview“:

**Tab. 8 Interviewformen**

<b>Offenes</b> (vs. geschlossenes)  Interview	bezieht sich auf die Freiheits- grade des <b>Befragten</b>	Er kann frei antworten, ohne Antwortvorgaben, kann das formulieren, was ihm in bezug auf das Thema bedeutsam ist.
<b>Unstrukturiertes</b> (vs. strukturiertes)  bzw. <b>unstandardisiertes</b> (vs. standardisiertes Interview)	bezieht sich auf die Freiheitsgrade des <b>Interviewers</b>	Er hat keinen starren Fragenkatalog, er kann Fragen und Themen je nach Interviewsituation frei formulieren.
<b>Qualitatives</b> (vs. quantitatives)  Interview	bezieht sich auf die <b>Auswertung</b> des Interviewmaterials	Die Auswertung geschieht mit qualitativ- interpretativen Techniken.

(Mayring 2002, S. 66)

Die Form des problemzentrierten Interviews erlaubt es dem Interviewten, möglichst frei zu Wort zu kommen, ohne die vorgegebene Problemstellung aus den Augen zu verlieren. Die Problemstellung wird bereits im Vorfeld vom Interviewer erarbeitet und in seinen grundlegenden Aspekten in den Interviewleitfaden eingebaut. (vgl. Mayring 2002, S. 67) Das qualitative, problemzentrierte Interview ist eine Auseinandersetzung mit der subjektiven Sichtweise und umfasst dabei, nach Witzel einen Kurzfragebogen, mit dem demographische Daten aufgenommen werden, einen Leitfaden, welcher bei einem stockenden Gespräch helfen soll, die Tonbandaufzeichnung und das Postskriptum, also Interviewprotokoll. Während des Interviews werden Sondierungs- und Ad-hoc-Fragen eingesetzt. Spezifische Sondierungen sind beispielsweise dazu da, das Verständnis auf Seite des Interviewers zu erhöhen, indem er dem Interviewten das Gesagte widerspiegelt. Dadurch wird der Interviewte mit Ungereimtheiten und Widersprüchen in seinen Ausführungen konfrontiert. (vgl. Flick 2006, S. 134-138)

Diese Interviewform ist laut Witzel durch die zentrale Kriterien der Problemzentrierung/ Gegenstandsorientierung und Prozessorientierung gekennzeichnet.

Unter Problemzentrierung versteht man die Orientierung des Forschers an einer für die Gesellschaft relevanten Problemstellung, wobei gegenstandsorientiert gearbeitet wird, was bedeutet, dass die Methoden am Gegenstand orientiert sind. (Flick 2006, S. 134f) Bei der Prozessorientierung geht es schließlich „um die flexible Analyse des wissenschaftlichen Problemfeldes, eine schrittweise Gewinnung und Prüfung von Daten, wobei Zusammenhang und Beschaffenheit der einzelnen Elemente sich erst langsam und in ständigem reflexiven Bezug auf die dabei verwandten Methoden herauschälen.“ (Witzel 1982, zitiert nach Mayring 2002, S. 68)

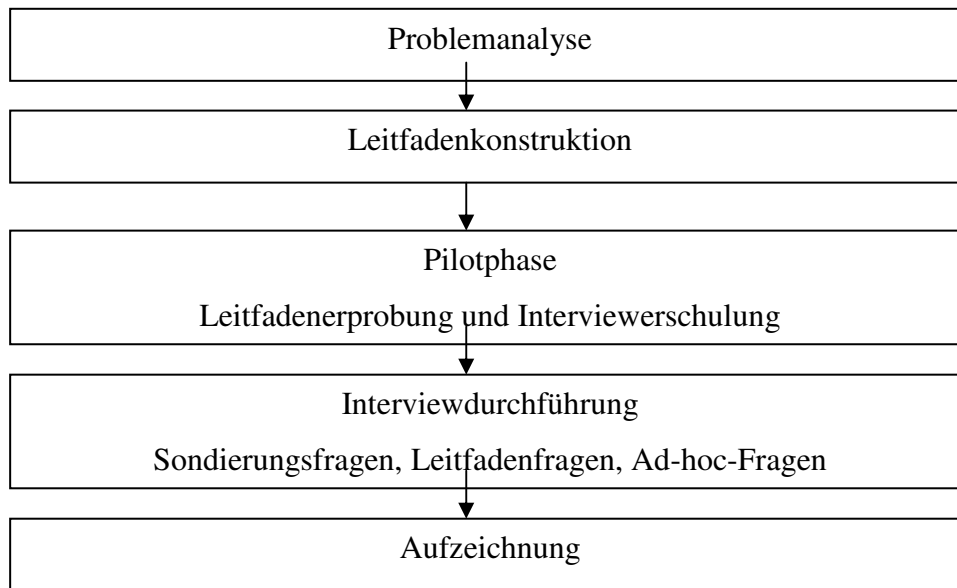
Ein weiteres Merkmal des problemzentrierten Interviews ist, dass der „Offenheit“, was beinhaltet, dass der Interviewer überprüfen kann, ob er richtig verstanden wurde, dass die Befragten ganz subjektiv ihre Perspektive offen legen können und dass die konkreten Interviewbedingungen thematisiert werden können. (vgl. Mayring 2002, S. 68) Ebenso sind bei dieser Interviewform Nachfragen, spiegeln des Gesagten, Verständnisfragen und Konfrontationen mit Widersprüchen explizit erlaubt, was aber eine gute, offene Gesprächsatmosphäre voraussetzt. (vgl. Friebertshäuser 2010, S. 443)

Als Grundgedanken nennt Mayring (2002, S. 69) folgende:

- „Das Problemzentrierte Interview wählt den sprachlichen Zugang, um seine Fragestellung auf dem Hintergrund subjektiver Bedeutungen, vom Subjekt selbst formuliert, zu eruieren.
- Dazu soll eine Vertrauenssituation zwischen Interviewer und Interviewten entstehen.
- Die Forschung setzt an konkreten gesellschaftlichen Problemen an, deren objektive Seite vorher analysiert wird.
- Die Interviewten werden zwar durch den Interviewleitfaden auf bestimmte Fragestellungen hingelenkt, sollen aber offen, ohne Antwortvorgaben darauf reagieren.“

Der Ablauf des problemzentrierten Interviews wird von Mayring folgendermaßen dargestellt: (2002, S. 71)

**Abb. 9 Ablauf des problemzentrierten Interviews**



Wie in der Abbildung ersichtlich beginnt der Ablauf mit der Problemanalyse und der Formulierung des Problems, gefolgt von der Konstruktion des Leitfadens. (siehe 6.1). Besonders wichtig ist dann die so genannte „Pilotphase“ in welcher ein Probeinterview durchgeführt wird um den Leitfaden zu testen und den Interviewer zu schulen. Nach einer gegebenenfalls notwendigen Modifikation des Leitfadens werden die eigentlichen Interviews durchgeführt. Aufgezeichnet werden diese meist mit einer Tonbandaufnahme. (vgl. Mayring 2002, S. 69f) Auch Jochen Gläser (vgl. 2009, S. 150) ist der Auffassung, dass der Interviewleitfaden geprüft werden muss, da es sein kann, dass die entworfenen Fragen als Instrument nicht bewirken, was sie bewirken sollen. Da auch jede Interviewsituation unterschiedlich ist, kann es sein, dass der Leitfaden bis zum letzten Interview verändert, umformuliert oder verbessert wird.

Schlussendlich kann ein Nachteil dieses Erhebungsverfahrens sein, dass der Interviewte vielleicht nicht alles zur Sprache bringen kann, was für ihn von Bedeutung ist. Obwohl versucht wird den Interviewten möglichst frei sprechen zu lassen, ist er dennoch durch die Fragen eingeeengt. Eine alternative Erhebungsmethode hierzu, wäre das narrative Interview, welches nur eine Einstiegsfrage stellt und dann den Interviewten ohne Einschränkungen frei zu Wort kommen lässt. Hierbei möchte man durch freies Erzählenlassen zu subjektiven Bedeutungsstrukturen kommen. (vgl. Mayring 2002, S. 72f) Beim narrativen Interview kann es jedoch, zu Problemen bei der Durchführung auf Grund eines veränderten Rollenverhaltens kommen. Die Erwartung des Interviewten wird verletzt, er bekommt keine Fragen im

klassischen Sinn gestellt, was zu Irritationen bei allen Beteiligten führen kann. (vgl. Flick (2006, S. 154)

Trotz des Risikos der vorzeitigen Einengung des Themas wurde das problemzentrierte Interview eingesetzt, da die Autorin davon ausgeht, dass es für die betroffenen Väter leichter sein wird zu sprechen, wenn sie Leitfragen bekommen, an denen sie sich orientieren können. Die eher untypische Interviewsituation des narrativen Interviews wird eher als problematisch gesehen, da es sein könnte, dass die Väter verunsichert werden und weniger aus sich herausgehen. Einer Situation, welche an ein Gespräch erinnert, kann, vor allem auch in Bezug auf dieses sensible Thema, mehr abgewonnen werden.

Eine Auswertungsmethode hinsichtlich des problemzentrierten Interviews ist nicht vorgegeben, aber es bietet sich ein kodiertes System, wie die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring an. (vgl. Flick 2006, S. 138)

### **5.3 Aufbereitungsverfahren**

Als Aufbereitungsverfahren der Tonbandaufnahmen wurde die wörtliche Transkription gewählt. Hierbei „wird eine vollständige Textfassung verbal erhobenen Materials hergestellt, was die Basis für eine ausführliche interpretative Auswertung bietet.“ (Mayring 2002, S. 89) Als Protokolltechnik wird im Rahmen dieser Diplomarbeit die Übertragung ins normale Schriftbild angewendet, bei welcher der Dialekt bereinigt wird und Satzbaufehler behoben werden, um den Text leichter lesen zu können. (vgl. Mayring 2002, S. 91)

Um die Transkription übersichtlicher zu gestalten wird folgendes Transkriptionsinventar bei der wörtlichen Transkription der Interviews verwendet:

>...<	schnell gesprochene Textpassage
<...>	langsam gesprochene Textpassage
°...°	leise gesprochene Textpassage
ABC	laut gesprochene Textpassage
:	Dehnung eines Lautes
—	Betonung einer Textpassage

(...)	unverständliche Textpassage
( )	undeutlich gesprochene, erahnte Textpassage
((...))	Kommentar des Transkriptverfassers
(1,0)	Pause in Sekunden
=	bei Unterbrechung im Satz durch den Gesprächspartner, Fortsetzung in nächster Zeile ebenfalls mit =

## **6. Untersuchung**

In diesem Kapitel wird der genaue Vorgang der durchgeführten Untersuchung dargestellt, beginnend mit dem verwendeten Interviewleitfaden, dem Zugang zum Feld, der Frage nach der Anonymität, bis hin zur Interviewdurchführung und Statistik.

### **6.1 Interviewleitfaden**

Wie bereits unter 5.2 erläutert baut der Leitfaden auf die Problemanalyse und Fragestellung auf und umfasst wesentliche Aspekte des Themas, welche bereits im Vorhinein theoretisch erarbeitet wurden.

Zu Beginn des Leitfadens sollte nicht die erste Frage stehen, sondern eine Aufklärung des Interviewpartners über das Ziel der Untersuchung und seine Rolle, sowie über den Schutz der Daten, die garantierte Anonymität. Weiters soll auch abgeklärt werden, ob das Interview mit einem Tonträger aufgezeichnet werden darf.

Der Fragebogen wird dabei gut strukturiert, ist nicht zu lang und umfasst klare, leicht verständliche Fragen, die in Alltagssprache formuliert sind und eher Erzählanregungen, als Detailfragen sein sollen. (vgl. Gläser 2009, S. 144f.)

#### **6.1.1 Entwicklung des Fragebogens**

Nach der Durchführung der Interviews erhalten die Väter einen Kurzfragebogen mit den demografischen Daten, welcher in schriftlicher Form erfolgt und folgendermaßen aufgebaut ist:

Name des Vaters:

- Alter:
- Berufsausbildung:

Name des autistischen Kindes (gewünschtes Synonym):

- Alter:
- Diagnose:
- Kurzer Lebenslauf (Kindergarten/ Schule/ Ausbildung):

#### Familienzusammenstellung

- Frau/ Lebensgefährtin des Vaters: Alter, Beruf
- Weitere Kinder, Alter

Der folgende Fragenkatalog wurde bei den Interviews verwendet, wobei die erste Frage eher erzählgenerierend (narrativ) ist, um offen zu sein für alles, was den Vätern wichtig ist. Die anderen Fragen werden eingesetzt um den Interviewten zu unterstützen, wenn der Erzählfluss stoppt. Sie sind dabei an das Kriseninterventionsmodell nach Erika Schuchardt (siehe 4.2) angelehnt und spiegeln die von Schuchardt beschriebenen Phasen, wie beispielsweise das Stadium der Aggression, wider.

- Einstiegfrage: Erzählen Sie mir alles, über Ihr Leben mit Ihrem autistischen Kind. Alles ist hierbei für mich interessant und von Bedeutung.
- Wie sind Sie zur Diagnose Autismus bei Ihrem Kind gekommen?
- Was waren Ihre ersten Reaktionen nach der Diagnose? Welche Gefühle hatten Sie?
- Hat es Zeiten gegeben, in denen Sie vermehrt aggressiv reagiert haben?
- Welche Rolle spielten Ärzte, Psychologen und so genannte „Wunderheiler“?
- Inwiefern hat es Veränderungen in ihrem familiären, beruflichen oder privaten Umfeld gegeben?

## 6.2 Zugang zum Feld

Da es sich bei offenen Interviews um ein größeres Sich-Einlassen von Subjekt und Forscher handelt, ist es meist schwieriger einen Zugang zum Feld herzustellen, als es bei Fragebögen der Fall wäre. Im Allgemeinen versteht man unter „Feld“ zum Beispiel eine bestimmte



Institution, eine Familie oder eine spezifische Gruppe von „Biographieträgern“. (vgl. Flick 2006, S. 86f) Das Besondere ist, dass in der qualitativen Forschung der Forscher eine besondere Rolle einnimmt. „Er wird mit seinen kommunikativen Fähigkeiten zum zentralen <Instrument> der Erhebung und Erkenntnis. Aus diesem Grund kann er auch nicht als <Neutrum> im Feld und im Kontakt mit den (...) Subjekten agieren. Vielmehr nimmt er darin bestimmte Rollen und Positionen ein oder bekommt diese (...) zugewiesen.“ (Flick 2006, S. 87)

Im Falle dieser Diplomarbeit ist eine der Institutionen aus welcher Einzelpersonen befragt werden, das Zentrum für Autismus und spezielle Entwicklungsstörungen- kurz ZASPE- in Wien. Der Zugang zu den Einzelpersonen, also zu Vätern von Kindern bei denen die Diagnose Autismus gestellt wurde, ist dadurch gegeben, dass die Autorin der Diplomarbeit beruflich mehrere Jahre lang in dieser Institution tätig war. Einige der befragten Väter sind der Autorin bekannt, andere jedoch kamen nach ihrer beruflichen Tätigkeit in die Einrichtung. Einen der Väter kannte die Autorin von früherer Betreuung als Babysitterin, sein Kind wurde jahrelang in der Sonderpädagogische Ambulanz der Stadt Wien / Spezialambulanz für Kinder mit Autismus in der Sobieskigasse 31, in Wien, betreut.

Hingegen der Erwartung war es ein mühsamer und schwieriger Prozess, Kontakt zu den Vätern herzustellen und sie für ein Gespräch zu gewinnen, obwohl die befragten Väter angaben, dass mehr Öffentlichkeitsarbeit getan werden müsse, damit man Bestmögliches für die Kinder tun könne. Es schien so, als wäre es vielen unangenehm über ihr Kind und ihre Gefühle im Zusammenhang damit zu sprechen.

### **6.3 Garantie der Anonymität**

Alle befragten Personen werden im Vorhinein darüber aufgeklärt, dass das gesamte Interview mit einem Diktiergerät aufgezeichnet und anschließend wörtlich transkribiert wird. Hierbei wird garantiert, dass Namen und Orte soweit verändert werden, dass eine Garantie der Anonymität vorliegt. Die befragten Personen können eine Abschrift ihres Interviews haben, in dieser Arbeit werden die Transkripte zum Schutz der Befragten jedoch nicht im Anhang stehen, sondern auf einer CD- Rom bereitstehen, damit Persönliches der Befragten geschützt wird.

## **6.4 Durchführung der Interviews**

Im folgenden Abschnitt wird von jedem durchgeführten Interview eine kurze Beschreibung der Interviewsituation gegeben.

### **6.4.1 Interview A**

Datum des Interviews: 25.05.2011

Ort des Interviews: Wohnung des Befragten in Wien

Dauer des Interviews: 1: 56: 27

Besonderheiten des Interviewverlaufes: Die Interviewerin wurde freundlich begrüßt und nahm für das Interview im Wohnzimmer der Familie Platz. Zuerst wurden Formalitäten, wie beispielsweise der Aspekt der Anonymität besprochen. Das Interview selbst wurde teilweise von den beiden Hunden gestört, welche sich regelmäßig im Raum befanden, als auch von der Frau des Vaters, welche am anderen Ende des Raumes am PC arbeitete und versuchte die Hunde zu beruhigen. Als Bernhard selbst nach Hause kam, wurde im Interview eine kurze Pause gemacht, da der Interviewte eine Rauchpause haben und seinen Sohn begrüßen wollte. Im weiteren Interviewverlauf befand sich Bernhard wechselweise auf der Terrasse oder bei seiner Mutter im Wohnzimmer. Die Unruhe im Raum wirkte sich kaum auf den Befragten aus, dieser sprach sehr viel und schien sehr auf das Interview mit der Interviewerin konzentriert zu sein. Es schien sogar, als ob er freier sprechen konnte, weil seine Frau mit im Raum war und ihm sozusagen den „Rücken stärkte“.

Indikatoren der Beteiligten: I= Interviewer, B1= Befragte

### **6.4.2 Interview B**

Datum des Interviews: 29.05.2011

Ort des Interviews: Im Garten eines Einfamilienhauses in Wien

Dauer des Interviews: 50:01

Besonderheiten des Interviewverlaufes: Die Interviewerin begrüßte zunächst die ganze Familie, nahm dann gemeinsam mit dem Befragten in dessen Garten Platz. Nach einer Erläuterung der Rahmenbedingungen (Aufzeichnung per Diktiergerät, Anonymitätsgarantie, Möglichkeit eine Abschrift zu bekommen) konnte das Interview beginnen. Herr B, hatte mit den offenen Fragen eher Probleme, er wünschte sich von der Interviewerin viele Fragen und

teilte ihr das auch mit. Beim Prozess des Transkribierens machte das Gezwitscher der Vögel das Verstehen des Interviewpartners manchmal schwierig.

Indikatoren der Beteiligten: I= Interviewer, B2= Befragte

### **6.4.3 Interview C**

Datum des Interviews: 22.06.2011

Ort des Interviews: Wohnung der Interviewerin

Dauer des Interviews: 50,07

Besonderheiten des Interviewverlaufes: Dieses Interview fand sehr spontan statt. Die Interviewerin hatte den Befragten am selben Tag des geführten Interviews mittels der Internetplattform Facebook kontaktiert und sofort eine telefonische Rückmeldung erhalten, die mit einer Terminvereinbarung am selben Nachmittag einherging. Herr C kannte die Interviewerin nicht persönlich, der Kontakt wurde durch eine noch tätige Betreuerin im Zaspel hergestellt. Auch Herr C wurde eine vollkommene Anonymität garantiert.

Herr C schien sehr offen zu sein und versuchte auch möglichst frei zu erzählen. Am Ende des Interviews bot er der Interviewerin an, jederzeit für noch aufkommende Fragen zur Verfügung zu stehen.

Indikatoren der Beteiligten: I= Interviewer, B3= Befragte

### **6.4.4 Interview D**

Datum des Interviews: 07.07.2011

Ort des Interviews: im Büro des Befragten (Mittagspause)

Dauer des Interviews: 1:01

Besonderheiten des Interviewverlaufes: Dieses Interview zeichnete sich durch die Offenheit des Interviewten aus. Die Interviewerin und Herr D kannten sich durch das Autistenzentrum in der Sobieskigasse in Wien und der Vater schien ein gutes Vertrauensverhältnis zur Interviewerin zu haben. Er sprach sehr emotional, tiefgründig und ehrlich über das Leben mit seiner autistischen Tochter und seinen Gefühlen diesbezüglich.

Indikatoren der Beteiligten: I= Interviewer, B4= Befragte

### 6.4.5 Interview E

Datum des Interviews: 23.07.2011

Ort des Interviews: Kaffeehaus in Wien

Dauer des Interviews: 1:27:24

Besonderheiten des Interviewverlaufes: Vor dem Interview gab es eine Erläuterung der Rahmenbedingungen von Seiten der Interviewerin. Hierbei begann der Herr E schon von seinem Kind zu erzählen, was zu einem raschen Einstieg in das Interview führte. Herr E sprach sehr offen über sein Leben mit seinem Kind und bedankte sich im Anschluss bei der Interviewerin. Er freute sich, dass er ein Teil der Untersuchung sein würde und stellte fest, wie angenehm es für ihn war, neben Psychologen auch mit der Interviewerin gesprochen zu haben.

Indikatoren der Beteiligten: I= Interviewer, B5= Befragte

## 6.5 Interviewstatistik

<b>Interview</b>	<b>Alter des Vaters</b>	<b>Geschlecht des Kindes</b>	<b>Alter des Kindes</b>	<b>Diagnose des Kindes</b>
A	47	männlich	24	Atypischer Autismus
B	60	männlich	29	Asperger Autismus
C	36	männlich	8	Asperger Autismus
D	44	weiblich	13	frühkindl. Autismus
E	51	männlich	12	Asperger Autismus

## **7. Auswertung**

### **7.1 Auswertungsmethode - Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring**

Im Zuge der entstehenden Diplomarbeit werden die Protokolle der durchgeführten Interviews mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgearbeitet.

#### **7.1.1 Definition des Begriffes „Inhaltsanalyse“**

Inhaltsanalyse ist eine kommunikationswissenschaftliche Technik, welche in den USA zur Analyse von Massenmedien entwickelt wurde. Dabei wurde zunächst hauptsächlich quantitativ ausgewertet, was bald zu der Forderung einer qualitativen Technik führt, welche auch den Kontext von Textzusammenhängen, latente Sinnstrukturen bei markanten Einzelfällen berücksichtigt. (vgl. Mayring 2002, S. 114)

Den Begriff „Inhaltsanalyse“ zu definieren ist, laut Mayring, (vgl. 2008b, S. 11f) schwer, denn eine Definition beinhaltet mehr als die von Mollenhauer und Rittelmeyer genannte „Analyse von Kommunikationsinhalten“. Es handelt sich nicht nur um eine Analyse des Kommunikationsinhaltes, sondern auch formale Aspekte, wie unvollständige Sätze, Wortwiederholungen spielen eine Rolle.

Mayring sieht die qualitative Inhaltsanalyse als sozialwissenschaftliche Methode mit folgenden Kennzeichen:

1. Gegenstand der Analyse ist die Kommunikation- die Übertragung von Symbolen, wobei es sich dabei um Sprache, Musik, Bilder handeln kann.
2. Der Gegenstand der Analyse fixierte Kommunikation, also symbolisches Material, wie Texte, Bilder, welche protokolliert werden.
3. Die Inhaltsanalyse geht in der Interpretation systematisch vor.
4. Die Analyse ist regelgeleitet, läuft also nach bestimmten Regeln ab, welche nachvollziehbar sind und überprüft werden können.

5. Das Material wird theoriegeleitet interpretiert- die Frage und auch die einzelnen Analyseschritte sind von theoretischen Überlegungen geleitet. (vgl. Mayring 2008b, S. 12)
6. “Sie will durch Aussagen über das zu analysierende Material *Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation ziehen*, Aussagen über den “Sender” (z.B.: dessen Absichten), über Wirkungen beim „Empfänger“ o.ä. ableiten.“ (Mayring 2008b, S. 12)

„Qualitative Inhaltsanalyse will Texte systematisch analysieren, indem sie das Material schrittweise mit theoriegeleitet am Material entwickeltem Kategoriensystemen bearbeitet“ (Mayring 2002, S.114)

### **7.1.2 Grundformen qualitativer Inhaltsanalyse**

Bei der qualitativen Forschung werden drei Grundformen, oder Techniken angewandt, welche im Folgenden überblicksmäßig beschrieben werden.

#### **1. Zusammenfassung**

Bei dieser Technik wird das Material, welches zu analysieren ist, so weit reduziert, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben und ein Abbild des Grundmaterials entsteht. Diese Technik eignet sich, um induktive Kategorien zu bilden.

#### **2. Explikation (Kontextanalyse)**

Ziel dieser Analyse ist, zusätzliches Material heranzutragen, welches das Verständnis erweitern und die Textstelle erklären soll. Dies findet vor allem bei fraglichen Textstellen statt.

#### **3. Strukturierung**

Bei der Strukturierung ist es das Ziel, bestimmte Aspekte des Materials herauszufiltern und unter bereits zuvor festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen. (vgl. Mayring 2008a, S. 115)

Im Zusammenhang mit dieser Diplomarbeit wird im Folgenden die Technik der inhaltsanalytischen Zusammenfassung beschrieben, welche sich zur Bildung von induktiven Kategorien nutzen lässt.

### 7.1.3 Ablaufmodell der Analyse

Bei der Technik der Zusammenfassung wird das Material systematisch zusammengefasst, was bedeutet, dass die einzelnen Kodiereinheiten in eine knappe, das Wesentlichste beschreibende Form (Paraphrase), gebracht werden. Textteile, welche ausschmücken, werden fallengelassen. Diese Paraphrasen werden in einem weiteren Schritt generalisiert und dann durch Streichen von bedeutungsgleichen Paraphrasen erneut reduziert. Aus dieser ersten Reduktion entsteht ein Kategoriensystem, welches in einem zweiten Schritt auf einer höheren Abstraktionsebene ein weiteres Mal reduziert wird. Schlussendlich entsteht ein noch kürzeres Kategoriensystem, welches so lange rücküberprüft werden muss, bis das Ergebnis der angestrebten Reduzierung des Materials entspricht. (vgl. Mayring 2008a, S.61)

Folgende Interpretationsregeln lassen sich hierbei ableiten (Mayring 2008a, S.62):

- Z1: *Paraphrasierung*
  - Z1.1 Streiche alle nicht (oder wenig) inhaltstragenden Textbestandteile wie ausschmückende, wiederholende, verdeutlichende Wendungen!
  - Z1.2 Übersetze die inhaltstragenden Textstellen auf eine einheitliche Sprachebene!
  - Z1.3 Transformiere sie auf eine grammatikalische Kurzform!
- Z2: *Generalisierung auf das Abstraktionsniveau*
  - Z2.1 Generalisiere die Gegenstände der Paraphrasen auf die definierte Abstraktionsebene, so daß die alten Gegenstände in den neu formulierten impliziert sind!
  - Z2.2 Generalisiere die Satzaussagen (Prädikate) auf die gleiche Weise!
  - Z2.3 Belasse die Paraphrasen, die über dem angestrebten Abstraktionsniveau liegen!
  - Z2.4 Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zuhilfe!
- Z3: *Erste Reduktion*
  - Z3.1 Streiche bedeutungsgleiche Paraphrasen innerhalb der Auswertungseinheiten!
  - Z3.2 Streiche Paraphrasen, die auf dem neuen Abstraktionsniveau nicht als wesentlich inhaltstragend erachtet werden!
  - Z3.3 Übernehme die Paraphrasen, die weiterhin als zentral inhaltstragend erachtet werden (Selektion)!
  - Z3.4 Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zuhilfe!
- Z4: *Zweite Reduktion*
  - Z4.1 Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und ähnlicher Aussage zu einer Paraphrase (Bündelung) zusammen!
  - Z4.2 Fasse Paraphrasen mit mehreren Aussagen zu einem Gegenstand zusammen (Konstruktion/Integration)!
  - Z4.3 Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und verschiedener Aussage zu einer Paraphrase zusammen (Konstruktion/Integration)!
  - Z4.4 Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zuhilfe!

**Abb. 10 Interpretationsregeln**

Die Technik der Zusammenfassung lässt sich für eine induktive oder deduktive Kategorienbildung nutzen. Bei einer induktiven Kategoriendefinition werden die Kategorien direkt aus dem Material abgeleitet, ohne sich auf vorab formulierte Theoriekonzepte zu beziehen. Im Gegensatz dazu ist ein deduktives Vorgehen auf theoretische Grundlagen, wie zum Beispiel Theoriekonzepten des bisherigen Forschungsstandes, gestützt welche auch als Auswertungsinstrument fungieren. (vgl. Mayring 2008a, S. 74f)

Vorteil einer deduktiven Kategorienbildung ist die Chance einer größtmöglichen Systematik und Regelgeleitetheit, was aber zu einem Mangel an Offenheit führen kann. Ein induktives Verfahren hingegen strebt nach Offenheit, hat einen Zugang zur subjektiven Weltsicht des Gesprächspartners, kann aber systematische Mängel aufweisen. (vgl. Mayring 2008b, S. 127) Aus diesem Grund weist beispielsweise Flick auf die Kombinationsmöglichkeiten der Strategien hin, da der Forscher ja nie unvorbereitet in die Situation gehen wird, sich aber auch nicht nur von der Theorie leiten wird. (vgl. Mayring 2008b, S. 128)

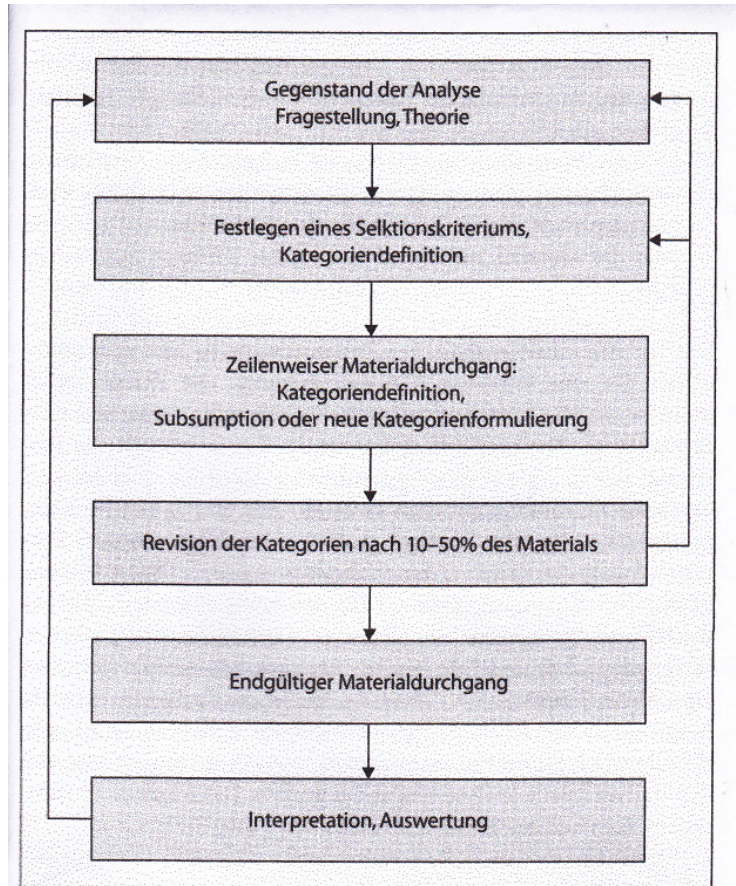
Den Ablauf der induktiven Kategorienbildung kann man nun folgendermaßen beschreiben: Aus dem Material werden die Kategorien gebildet, indem zuerst die Kategorisierungsdimension und dann das Abstraktionsniveau definiert werden und das Selektionskriterium für die Kategorienbildung festgelegt wird. Hat man nun diese Definition, wird das Material Zeile für Zeile durchgearbeitet, bis erstmals eine Textstelle gefunden wird, welche zur Kategoriendefinition passt. Aus dieser wird nun ein Satz oder Begriff formuliert, welcher möglichst nahe am Material ist und als Kategorienbezeichnung dient. (vgl. Mayring 2002, S. 115f)

“Wird im weiteren Analyseverlauf wieder eine dazu passende Textstelle gefunden, so wird sie dieser Kategorie ebenfalls zugeordnet (Subsumption). Wenn die neue Textstelle die allgemeine Kategoriendefinition erfüllt, aber zu der (den) bereits induktiv gebildete(n) Kategorie(n) nicht passt, so wird eine neue Kategorie induktiv, aus dem spezifischen Material heraus, formuliert.“ (Mayring 2002, S. 117) Das Kategoriensystem wird dann in Hinblick auf Logik überarbeitet, wenn 10-50% des Materials durchgearbeitet wurden und keine neuen Kategorien mehr zu bilden sind. Schlussendlich erhält man Kategorien zu einer bestimmten Thematik, welchen bestimmte Textstellen zugeordnet sind. Diese können nun in Bezug auf die grundlegende Theorie interpretiert oder quantitativ ausgewertet werden. (vgl. Mayring 2002, S. 117)



Die folgende Grafik (Abb. 11) stellt das Ablaufmodell induktiver Kategorienbildung dar: (Mayring 2002, S. 116)

**Abb. 11 Ablaufmodell induktiver Kategorienbildung**



Eine weitere Analyse kann nun so aussehen:

„Das ganze Kategoriensystem kann interpretiert werden im Sinne der Fragestellung.

- Es kann entweder induktiv (im Sinne zusammenfassender Inhaltsanalyse) oder deduktiv (mithilfe theoretischer Erwägungen) Hauptkategorien gebildet werden.
- Es können quantitative Analysen, z.B. Häufigkeiten der Kategorien, angefügt werden.“ (Mayring 2008a, S. 76)

### 7.1.4 Beispiel der praktischen Anwendung der qualitativen Inhaltsanalyse

Wie im Zuge dieser Arbeit die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring angewendet wurde, wird anhand des folgenden Beispiels erläutert. Hierbei wird der Aspekt der „Diagnose“ aus dem Interview Fall B und C dargestellt.

Zunächst wurde das Interviewmaterial systematisch zusammengefasst und aufs Wesentliche eingeschränkt beschrieben, also paraphrasiert. Die Paraphrasen wurden in einem weiteren Schritt generalisiert und durch Streichung ist ein erstes Kategoriensystem entstanden. Diese Schritte sind in folgender Tabelle beispielhaft zu erkennen.

Fall B:

1/29	alle haben gesagt: ja, er ist super gescheit, super toll, aber irgendwo war halt ein Problem und dann ist einer der Psychotherapeuten, der uns die ganze Zeit schon betreut hat ((I: Mhm), hat gesagt, mhm schaut einmal, ich glaube das ist ein Asperger- Autist	ist super gescheit, nur irgendwo ist halt ein Problem Psychotherapeut: verdacht Asperger- Autist	Diagnose: erster Verdacht durch Psychotherapeuten	K4 Diagnose: <ul style="list-style-type: none"> <li>- erster Verdacht und Diagnose durch Psychotherapeuten</li> <li>- viele Untersuchungen/ Befunde auf Suche nach Diagnose</li> <li>- trotz später Diagnose Therapiemöglichkeiten</li> <li>- Verwandte können leichter aufgeklärt werden, was Kind hat</li> <li>- erst mit Diagnose Symptome klassifizierbar → Ansuchen um erhöhte Familienbeihilfe</li> <li>- führt zu Verbesserung</li> <li>- Eltern informieren sich: Vergleiche, Autismuskongresse</li> </ul>
1/36	Und das ist halt ein Spruch der, den wir vor kurzem auch der Fr. Mag. gesagt haben ((I: Mhm)), ah: Geht nicht, gibt's nicht. Er ist wohl schon älter und sie hat gesagt: ich glaube in dem Alter hat sie eh noch keinen gehabt, es wird sicher schwer, aber, sie hat gesagt, wie schon gesagt: Geht nicht, gibt's nicht, also probieren wir es.	Geht nicht, gibt es nicht- trotz seines „hohen“ Alter kann man was tun	Diagnose: trotz später Diagnose/ höheren Alters Therapiemöglichkeiten	
4/182	Und dann wie wir also, sowohl einmal gewusst haben das und auch die Fr. Dr. ((Name wird hier nicht genannt)) es	Diagnose Asperger: leichter zu erklären, was Kind hat, Verwandten etc.	Diagnose: Verwandte leichter aufklären, was Kind hat	

	bestätigt hatte, war es für uns leichter generell auch zu sagen, ahm, auch Verwandten zum Beispiel, es ist ein Asperger. Was ist ein Asperger Autismus?- dann haben wir es ihnen erklärt ((I: Mhm)) aber es war leichter zu wissen, man kann jetzt darauf eingehen, man kann ihn behandeln. ((I: Mhm)) Weil bis jetzt hat man es ja nicht gewusst, das machst das, ist es gut, ist es schlecht, machst das ist es gut oder schlecht ((I: Mhm)), nur da war es dann speziell, weil wir gesagt haben: es ist ein Autist, es ist ein Asperger ((I: Mhm)). Und dann war es sicher leichter, weil man eben darauf eingegangen ist			
4/197	Wir haben am Anfang nicht einmal eine Förderung angesucht, weil wir gesagt haben, was sollst ansuchen? ((I: Mhm)) Das muss ungefähr glaube ich 2003 gewesen sein, da haben wir erst beim Finanzamt um erhöhte Kinderbeihilfe angesucht ((I: Mhm)), also sehr spät eigentlich.	erst sehr spät um erhöhte Familienbeihilfe angesucht- als Diagnose da war	Diagnose: - führt erst zum Ansuchen erhöhter Familienbeihilfe erst mit Diagnose Symptome klassifizierbar	
7/341	Da ist alles Mögliche, also ah EEG- Befund, usw. weil man doch immer wieder gesucht hat, was kann die Ursache sein	viele Untersuchungen, Befunde, EEG auf der Suche nach der Ursache	Diagnose: Viele Untersuchungen, Befunde → Suche nach Ursache	
8/402	Ja, ja. Weil man dann versucht hat, dass es vielleicht irgendeinen, wie gesagt, bei dem Psychotherapeuten, der also dann auch nicht am Anfang, ahm, dann eben 2003 das gefunden hat. Der war also doch mehrere Jahre bei dem, aber er hat es relativ bald, also im Jahr 2003, hat er es dann gefunden. ((I: Mhm)) Gott sei Dank für uns alle, auch für den Railjet.	Diagnose: Gott sei Dank hat Psychotherapeut erkannt, was Railjet hat	Diagnose: Psychotherapeut stellt Gott sei Dank Diagnose	
8/413	Erst dann wie gesagt 2003, dann ist es aufwärts gegangen. Das ist so ein schöner Satz, den meine Gattin gesagt hat: Lange genug, hat sie gesagt, kommt es mir vor wie in einem Tunnel.	erst mit Diagnose aufwärts gegangen- wie in einem Tunnel wo man am Ende das Licht sieht. Heute fragt man sich, wo der Tunnel ist. Es kommt	Diagnose: führt zur Verbesserung; Eltern sehen wieder Licht.	

	Irgendwann hat sie gesagt: sie sieht ein Licht am Ende des Tunnels und jetzt sagt sie: wo ist ein Tunnel? ((lacht)) Das finde ich so signifikant, auch ((I: Mhm)) von ihrer ah Logik her, ja das ist klar das vielleicht irgendwann wieder so ein kurzer Tunnel irgendwann dazwischen, so wie man sagt ein (...) auf der Südbahn, aber das ist ein kurzes Stück und aus. Aber das irgendwo ein Tunnel wäre, der ... hmm...es gibt keinen mehr.	höchstens noch ein kurzes Stück dazwischen		
--	--	--	--	--

**Tab. 12 Praktische Anwendung der qualitativen Inhaltsanalyse; Bsp. „Diagnose“ I**

Fall C:

<b>S/ Z</b>	<b>Zitat</b>	<b>Paraphrase</b>	<b>Generalisierung</b>	<b>Reduktion</b>
1/48	den Verdacht auf Asperger-Syndrom geäußert und die Psychologin hat uns an die Prof. ((Name wird hier nicht genannt)) vom AKH verwiesen ((I: Mhm)), da haben wir sehr rasch bei ihr in der Privatordination einen Termin bekommen, im Spital hätte es 2-6 Monate gedauert, ahm und die Diagnose war dann auch, sehr rasch, sehr eindeutig für Asperger Syndrom.	Verdacht auf Asperger von Psychologin, verweist zum AKH-Diagnose: Probleme in der Schule führen zu dem Verdacht auf Asperger- Autismus. Verdacht wird von der Schulpsychologin gestellt und am AKH bestätigt.sehr rasch Diagnose	Diagnose: Probleme in der Schule führen zu dem Verdacht auf Asperger- Autismus. Verdacht wird von der Schulpsychologin gestellt und am AKH bestätigt.	K4 Diagnose: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schulprobleme führen zu Verdacht</li> <li>- AKH bestätigt Diagnose Asperger Autismus</li> <li>- mit 6,5 Jahren</li> <li>- Anfangs irrsinniger Schockzustand; Was haben wir getan?</li> <li>- Diagnose auch für Mutter zerstörerisch</li> <li>- nach Schock Gedanke: Was tun wir jetzt?</li> <li>- heute werden auch Vorteile gesehen (kognitive Leistung)</li> </ul>
3/148	Also die Diagnose war... am Anfang ein ziemlicher Schock, also, ab der ersten Bestätigung des Verdachts durch die Prof. ((Name wird hier nicht genannt)), ahm bis zur definitiven Diagnose wo dazwischen noch neurologische Abklärung mit EEG war ((I: Mhm)), auf Epilepsie was Gott sei Dank nicht ist und anderen Dingen, das war ein irrsinniger Schockzustand und... man	Diagnose war am Anfang ein ziemlicher Schock; irrsinniger Schockzustand; man fragt sich: Was haben wir getan?	Diagnose: Anfangs ein irrsinniger Schockzustand. Was haben wir getan	

	fragt sich erst einmal was haben wir getan			
3/152	Ich hab es dann halt so, ich hab mich dem Ganzen doch eher technisch genähert, ich habe mir erstmals Literatur zum Thema Asperger besorgt und mich eingelesen in das Thema und bin dann drauf gekommen, na ja soooo, so unverteilt ist es ja eigentlich gar nicht ((I: Mhm)) und es bietet ja eigentlich doch gewaltige Chancen, vor allem, wenn man sich anschaut, wer so im Laufe der Geschichte doch aller Asperger ist	Vater nähert sich technisch an, liest Literatur, liest sich ins Thema ein; sieht auch die Chancen der Diagnose Asperger Autismus.	Diagnose/ Verarbeitung: Vater nähert sich technisch über Literatur an. Sieht auch Chancen der Diagnose	
4/156	für meine Frau war es anfangs auch irrsinnig zerstörend, vor allem weil in der Familie gibt es auch noch eine Nichte von uns ((I: Mhm)), also, das Kind von einer Schwester meiner Frau, ((I: Mhm)) hat Zystische Fibrose, ein massiver genetischer Defekt ah, der auch die Lebenserwartung massiv herabsetzt, noch dazu ist meine Frau Taufpatin von dem Kind ((I: Mhm)), ahm und jetzt eine Diagnose beim eigenen Kind zu bekommen ist natürlich auch, etwas wo du erst einmal selber damit fertig werden musst	Diagnose für seine Frau anfangs auch sehr zerstörerisch, da es bereits ein behindertes Kind in der Familie der Frau gibt	Diagnose: Auch für Mutter anfangs sehr zerstörerisch	
4/162	Das war die erste Phase, die zweite Phase war: ok, jetzt haben wir eine Diagnose, was machen wir jetzt damit? Welche Möglichkeiten gibt's? Dann war eben, ahm der Scheideweg zwischen Autistenhilfe und ZASPE	Erste Phase Schock, zweite Phase: Wir haben die Diagnose, was machen wir jetzt damit? Zaspe vs. Autistenhilfe	Diagnose: Dem Schock folgt der Gedanke: Was tun wir jetzt damit?	
4/207	sowohl meine Frau, als auch ich (0,6), haben es akzeptiert und damit umzugehen und leben gelernt	Eltern haben es akzeptiert und damit leben gelernt	Diagnose/ Verarbeitung: Akzeptanz, Eltern können damit Leben	
5/233	Macht man sich da irgendwie auch so Gedanken: Warum wir? Warum ich? Warum unser Kind und? Sind schon einmal aufgekommen solche Gedanken? <b>B3:</b> Ahm, kurz in der Anfangsphase, nach der Diagnose, aber mittlerweile sag ich, es hat ja nicht nur Nachteile,	Am Anfang warum ich – Gedanken; Mittlerweile sehen sie nicht nur Nachteile, gibt auch Vorteile- Kind ist im naturwissenschaftlich-technischen Bereich sehr begabt	Diagnose/ Verarbeitung: Am Anfang Warum Frage. Heute werden auch Vorteile gesehen (naturwissenschaftlich-technische Begabung	

	sondern ahm, wir wissen dass er auf der einen Seite doch im naturwissenschaftlichen/ technischen Bereich ahm, äußerst begabt ist ((I: Mhm)) , ahm gewisse Defizite hat man und wenn man die Defizite beim Namen nennen kann und weiß was man tun kann, ist es ja auch einmal schon sehr viel Wert und ahm			
7/334	Also bei der Diagnose war er 6,5. Und die ersten Auffälligkeiten hat es ungefähr ein Jahr vorher... ein, eineinhalb Jahre vorher gegeben.	Diagnose mit 6,5 Jahren, vorher ca. 1,5 Jahre Probleme	Diagnose: mit 6,5 Jahren	

**Tab. 13 Praktische Anwendung der qualitativen Inhaltsanalyse; Bsp. „Diagnose“ II**

Diese Arbeitsschritte wurden bei allen durchgeführten Interviews angewandt. Entstanden sind dabei aus dem Material, also induktiv, viele Kategorien, welche dann in einem weiteren Schritt wieder überprüft und weiter reduziert wurden, bis schlussendlich, im Falle des Beispiels „Diagnose“ folgende Hauptkategorien entstanden sind.

K1 Späte Diagnose der Kinder trotz langjähriger Verhaltensauffälligkeiten.

K2 Diagnose wurde zunächst als Schock erlebt, gibt aber dann den Anstoß zum Handeln.

Nach dem Bilden der Hauptkategorien, aus dem gesamten Textmaterial, wurden diese den einzelnen Phasen des Spiralmodells nach Erika Schuchardt zugeordnet und im Abschnitt 7.2 genau beschrieben.

## **7.2 Anwendbarkeit der Verarbeitungsphasen des Kriseninterventionsmodells nach Erika Schuchardt**

Der folgende Abschnitt zeigt die Ergebnisse der Auswertung der durchgeführten Interviews, wobei diese zunächst induktiv aus dem Material gewonnen wurden. In einem weiteren Schritt wurden die Kategorien zu Hauptkategorien zusammengefasst und im Anschluss darauf den Phasen des Spiralmodelles der Krisenverarbeitung nach Erika Schuchardt zugeteilt. Hauptkategorien, welche sich nicht in das Phasenmodell einordnen ließen, jedoch trotzdem für diese Untersuchung von Bedeutung sind, werden im Abschnitt 7.3 dargestellt.

Um einen besseren Einblick in die Gedanken- und Gefühlswelt der Väter zu bekommen, werden einige Zitate und Textpassagen aus den Interviews angeführt. Hierbei ist noch zu erwähnen, dass die Synonymnamen der Kinder von den Vätern selbst gewählt wurden. So hat beispielsweise Herr B seinen Sohn Railjet und Herr C seinen Sohn Munchkin benannt. Die Väter haben ihre Bezeichnung nach Nummerierung der Fälle von A bis E erhalten und werden auch in der Analyse beispielsweise Herr A genannt.

### **7.2.1 Ungewissheit (Phase 1)**

Die Phase der Ungewissheit, ist die erste von Erika Schuchardt beschriebene Phase. Sie ist durch einen Zustand des Schocks gekennzeichnet, der zu Beginn jeder Krise steht, da einen der Auslöser der Krise völlig unerwartet trifft, wie beispielsweise ein Unfall. Der Betroffene steht vor einer neuen Lebenssituation, die von der bisher geltenden Norm abweicht und zu Angst und Panik vor dem Unbekannten führt. Dieser Prozess ist dem Betroffenen nicht vollkommen bewusst, er ist von Verleugnung und nicht Wahrhaben- Wollen gekennzeichnet und wird erst durch die Phase der Gewissheit abgelöst, welche die Entdeckung der Wahrheit beinhaltet. (vgl. Schuchardt 2003, S. 143ff)

Bei Eltern autistischer Kinder weicht diese Phase, der Erzählung der Väter nach, etwas von dem, was Erika Schuchardt beschrieben hat, ab. Da man einem autistischen Kind seine Behinderung nicht ansieht, weder direkt bei der Geburt, noch wenn das Kind älter ist, kommt es nicht gleich zu einem Schock, der die Eltern trifft. Stattdessen führen Verhaltens und Entwicklungsauffälligkeiten des Kindes zur Verzweiflung und Ungewissheit, was da los ist,

und veranlassen die Eltern in weiterer Folge zu einer genaueren Abklärung der Ursache des von der Norm abweichenden Verhaltens.

Es ist vom jeweiligen Kind abhängig, wann sich die ersten Auffälligkeiten in der Entwicklung gezeigt haben. In dieser Untersuchung, zeigte nur ein Kind bereits im Kleinkindalter Auffälligkeiten, die den Vater beunruhigten.

*„Und ab dem 1,5 Jahr dann ist es halt losgegangen mit den Geschichten, dass sie sich irgendwie anders entwickelt, ja und dann wird einem langsam bewusst, dass das Kind anders ist“ (Fall D, S.1, Z.41ff)*

Die Kinder der anderen befragten Väter sind im Kindergarten oder Schulalter auf Grund von Sprachverzögerungen, aggressiven Verhaltensweisen oder einer allgemeinen Entwicklungsverzögerung von der Norm abgewichen. Die jeweilige Problematik ist in folgenden Textauszügen zu erkennen:

*„Durch das, dass er das erste Kind war pffffff, keiner weiß genaueres, wie, wie die Entwicklung und so weiter funktionieren sollte oder nicht sollte (I: Mhm) Ähm pfff, die ältere Generation war immer der Meinung, das wird schon (0,3), der Kinderarzt hat auch gesagt er ist ein bisschen langsam, aber das geht, das wird schon, das wird von der Zehe sein und das Reden wahrscheinlich auch und somit hängt hinten nach...“ (Fall A, S.1, Z.15ff)*

*„Ja. Begonnen hat es eigentlich wo wir noch nicht wussten, äh was es ist. Es war so, dass wir in Kinderjahren, da hat er Probleme gehabt mit später anfangen zu Sprechen usw. Das ist bei anderen Kindern glaub ich als normal gesehen“ (Fall B, S.1, Z.6ff)*

*„Und ja, es war halt so. Und... wir haben, im Gegensatz zu meiner Frau, hab ich mir damals nicht viele Gedanken darüber gemacht, weil manche Kinder sind früher, manche Kinder sind eben später, es gibt verschiedene Kinder.“ (Fall B, S.1, Z.10ff)*

*„Für uns, oder für mich so retrospektiv betrachtet, ahm, hat es die ersten Probleme im letzten Kindergartenjahr gegeben, daaaa, der Munchkin ist ein Augustkind ((I: Mhm)) und im letzten Kindergartenjahr hat eine Pädagogin gemeint, der Munchkin wäre so aggressiv und verhaltensauffällig“ (Fall C, S.1, Z.7ff)*

*„Natürlich hat es so mit 3, 4 hat es schon Schwierigkeiten gegeben ((I: Mhm)), teilweise ja, am Anfang ist noch bei den Nachbarn zum Geburtstag eingeladen worden und das ist halt, mit den Jahren ist das gesunken“ (Fall E, S.1, Z.6ff)*

Auf das Phänomen des Nicht- Wahrhaben- Wollens wie von Erika Schuchardt beschrieben, kann man durch Aussagen der Väter schließen, die meinten sie hätten keinen Vergleich, da es das einzige oder erste Kind sei. Unterschiede im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern in Kindergarten, bzw. Schule sind den Eltern jedoch schon aufgefallen und er wirkt so, als wollten sie diese nicht wahrhaben.



*„Und er hat auch immer wieder so unkontrollierte Aggressionsausbrüche gehabt, wenn irgendwas war, was er nicht so tun wollte ((I: Mhm)), ahm, hat es halt ein Schreikonzert gegeben, aber das war für uns, sag ich mal relativ normal, weil der Munchkin doch der Erstgeborene ist und die kleine Schwester ist erst drei Jahre später gekommen und da haben wir uns irgendwie, entwicklungstechnisch die Vergleichswerte gefehlt.“ (Fall C, S.1, Z.15ff)*

*„Ja, es ist unser einziges Kind, von da her haben wir also nicht so den Vergleich ((I: Mhm)), also das muss man schon sehen gerade wenn das Kind aufwächst“ (Fall E, S.1, Z.15f)*

In der Phase der Ungewissheit ist es auf der Suche nach Gewissheit, die mit einem Erkennen der Ursache und Finden einer Diagnose in Verbindung steht, bei einigen Vätern zu einem Laufen von Arzt zu Arzt gekommen. Dauern die Verhaltensauffälligkeiten des Kindes an oder steigern sich, machen sich die Väter Sorgen, wollen wissen, warum ihr Kind sich anders als andere Kinder entwickelt.

*„dann rennt man halt von Krankenhaus zu Krankenhaus ((I: Mhm)), von Untersuchung zu Untersuchung und dann beginnen halt die Sorgen von wegen, was ist da los? Dann beruhigen einem aber noch die Ärzte und sagen eigentlich noch alle, na ja das ist ein Spätentwickler und es sind nicht alle Kinder gleich usw. ((I: Mhm)) und wir haben dann aber nicht locker gelassen und man hat dann schon gesehen, mit 1 3/4 Jahren, dass die Biene immer mehr in sich gekehrt war und dann hat man das, langsam war das schon ein persönliches Problem schon, weil man dann schon den Unterschied gespürt hat, also, ahm, die anderen Kinder wie sich die entwickeln und offen auf die Eltern zugehen und das eigene Kind nicht“ (Fall D, S.1, Z.43ff)*

*„I: Hat es irgendeinmal Phasen gegeben, wo irgendwie Gefühle der Hilflosigkeit aufgekommen sind? B2: Na ja, weil man nicht wusste, wie wie kann man ihm helfen. Weil, man hat den Arzt versucht, man hat das versucht, man hat arbeitsmäßig versucht Dinge, es war aber nicht das man gesagt hat, es hat etwas wirklich geholfen. ((I: Mhm)) Das war für uns, wo man irgendwie angestanden ist. Weil wir haben nicht gewusst, was sollen wir tun mit ihm? Wie kann man ihm das, ahm, erleichtern, wie ihm helfen?“ (Fall B, S.8, Z.407ff)*

*„Wir haben schon immer wieder Psychologen gehabt, wie gesagt, das waren einige in der Zwischenzeit, (...)aber keiner, obwohl die Leute das ja meiner Meinung nach studiert haben, oder wissen müssen, auf die Idee gekommen, dass es ein Asperger Autist ist.“ (Fall B, S.2, Z.104ff)*

Die Phase der Ungewissheit wird bei Vätern bzw. Eltern autistischer Kinder von der Gewissheit abgelöst. In der folgenden Phase bekommen die Eltern eine Diagnose gestellt, welche das, von der Norm abweichende Verhalten der Kinder erklärt.

### 7.2.2 Gewissheit (Phase 2)

Die Krise wird hierbei einerseits angenommen, andererseits aber auch wieder verleugnet. Dies ist notwendig, um überhaupt weiterleben zu können. Die Diagnose, die Wahrheit wird zwar angenommen, aber emotional und faktisch wird weiterhin nach der Hoffnung gesucht, dass es sich doch um einen Irrtum handelt, was durch „Ja, aber das kann doch nicht sein...?“ zum Ausdruck kommt. In dieser Phase sind reale und klärende Gespräche hilfreich, welche jedoch für alle Beteiligten belastend sind. Zudem muss der Betroffene die Bereitschaft dazu zeigen. (vgl. Schuchardt 2003, S.145f)

Bei allen interviewten Vätern wurde die Diagnose Autismus, im Vergleich zu den vorangegangenen Verhaltensauffälligkeiten der Kinder, erst verhältnismäßig spät gestellt. So zeigte beispielsweise das Kind vom Fall D bereits im Alter von 1,5 Jahren für die Eltern wahrnehmbare Auffälligkeiten und wurde erst mit vier Jahren auf frühkindlichen Autismus diagnostiziert. Ein anderes Kind erhielt mit 9 Jahren die Diagnose. Das Kind im Fall E hatte mit drei, vier Jahren erste Schwierigkeiten, während die Diagnose erst mit 7 Jahren gestellt wurde. Extrem ist die Diagnosestellung im Fall B, welche erst mit 21 Jahren, also im Erwachsenenalter gestellt wurde.

Die Zeit, bis die Eltern eine Diagnose bekommen, ist meist eine Schwierige und Belastende, während die Diagnosestellung selbst, von einigen Vätern, zunächst als Schock beschrieben wird, der oft einem Gefühl der Befreiung weicht. Da die Väter jetzt wissen, was das Kind hat, können weitere Aktionen gesetzt werden, man hat einen Namen für die Probleme der letzten Jahre und kann sich beispielsweise um eine adäquate Betreuung für das Kind bemühen und Verwandten/ Bekannten besser erklären was das Kind hat. Die Väter haben angegeben sich nach erhalten der Diagnose, dem Thema einmal technisch, durch Literaturrecherche angenähert zu haben.

Wie die Diagnosestellung der Kinder von den Vätern erlebt wurde, wird durch folgende Interviewauszüge deutlich:

Der Vater in Fall C beschreibt dies folgendermaßen:

*„Also die Diagnose war... am Anfang ein ziemlicher Schock, also, ab der ersten Bestätigung des Verdachts durch die Prof. ((Name wird hier nicht genannt)), ahm bis zur definitiven Diagnose wo dazwischen noch neurologische Abklärung mit EEG war ((I: Mhm)), auf Epilepsie was Gott sei Dank nicht ist und anderen Dingen, das war ein irrsinniger Schockzustand und... man fragt sich erst einmal was haben wir getan“ (Fall C, S.3, Z.148ff)*

*„Ich hab es dann halt so, ich hab mich dem Ganzen doch eher technisch genähert, ich habe mir erstmals Literatur zum Thema Asperger besorgt und mich eingelesen in das Thema“ (Fall C, S.3, Z.152ff)*

*„Das war die erste Phase, die zweite Phase war: ok, jetzt haben wir eine Diagnose, was machen wir jetzt damit? Welche Möglichkeiten gibt's? Dann war eben, ahm der Scheideweg zwischen Autistenhilfe und ZASPE.“ (Fall C, S.4, Z.162ff)*

In eine erste emotionale Phase ist der Vater in Fall D in Bezug auf die Diagnose seiner Tochter gekommen, dieser erste Schock wurde dann aber auch von dem Gefühl der Erleichterung abgelöst, dem der Anstoß etwas zu unternehmen, folgt:

*„Die erste, sag ich einmal emotionale Phase für mich ist wirklich gekommen im(...), wie ich dort gesehen hab einfach, wir waren dort zu Besuch, eben wegen der Diagnose und die haben gesagt wir sollen in den Turnsaal gehen und in dem Turnsaal waren lauter Kinder, behinderte Kinder, autistische Kinder zum Großteil, die dort herumgelaufen sind, mit denen sie gearbeitet haben und da war dann in ganz konzentrierter Form, die Kinder waren schon älter als die Biene, hast du auf einmal gesehen ganz konzentriert, ahm, was das heißt ja ((I: Mhm)). Die Kinder die schreien, quietschen, sich auf die Erde hauen, oft nicht führbar sind, oder keine Sprache haben ((I: Mhm)), wo du körperlich siehst, da passt etwas nicht, so von der ganzen Gestik und so, ja und da bin ich einfach extremst traurig geworden, ja ((I: Mhm)) und da bin ich so, da hat sich so das schwarze Loch aufgetan, ja und das war nicht leicht, ja, ja.“ (Fall D, S.2, Z.68ff)*

*„Ahhh. Fast eine Erleichterung. ((I: Mhm)) Ich war nur geschockt, weil es im Zusammenhang, war mit der (...)gasse, wo eben diese vielen behinderten Kinder waren auf einem Fleck und das war so viel und so anders und das war so emotional für mich und diese Wahrheit, der Wahrheit ins Gesicht zu schauen, was das bedeuten kann, das hat mich so geflashed, das war furchtbar muss ich sagen.“ (Fall D, S.10, Z.479ff)*

*„Aber generell dann die Diagnose, zu sagen endlich, man hat für das einen Namen und man kann sich damit auseinandersetzen, auch für mich alleine schon wie ich zu Hause gesessen bin am Abend und mir gedacht hab, na die Biene autistisch, hab ich das Gefühl gehabt, ok jetzt kann ich sofort anfangen was zu tun, ja ((I: Mhm)), irgendwo, ja gleich Foren schauen, was kann man machen, da gibt es andere, was sagen die? Und dann hat man nicht so das Gefühl, dass man alleine ist ((I: Mhm)), ja, so nach dem Motto, was hat mein Kind pfff. Ja, also es war eigentlich eine Erleichterung, ja es war eine Erleichterung ((I: Mhm)), noch nicht in dem Wissen, was es für die Zukunft bedeutet, aber es war eine Erleichterung ((I: Mhm)), oh ja.“ (Fall D, S.1, Z./483ff)*

Das die Diagnose auch ein Gefühl der Befreiung hervorruft, wird bei der Aussage von Herr E deutlich:

*„Verarbeitung der Diagnose Autismus, aber das hab ich jetzt schon gesagt, gell? ((I: Mhm)) Das es komischerweise genau das Gegenteil, dann für mich war, als es eigentlich ist. Aber nur, weil ich schon vorher diesen Horrorstress durchgemacht habe, ja, ich glaub, wenn die Diagnose dann natürlich mit zwei, drei kommt, wo alles noch relativ friedlich ist, ist es vielleicht nicht so einfach, aber letztendlich hilft im Leben immer nur das zu akzeptieren ((I: Mhm)) und das hat immer mit einem selber zu tun und das Leben ist halt so, das Leben ist so,*

*das ist, so viel Leid und aber es gibt, jetzt im Vergleich zum autistischen Kind, es gibt millionenfaches größeres Leid und es ist dann halt, es ist wie es ist und hm.“ (Fall E, S.4, Z.190ff)*

*„Das ist so, ja, weil dann liest man halt für die Eltern ist das ganz schlimm, aber wir haben jahrelang so viel durchgemacht, also das war seltsamerweise, das war eine Befreiung ((I: Mhm)), einfach die richtige Diagnose, da wusste man was man macht ((I: Mhm)) und entsprechend was man unternimmt ((I: Mhm)), also es war wirklich eine Befreiung, ja und so lasch wie es war, man wusste nicht wie und was“ (Fall E, S.3, Z.105ff)*

Die späte Diagnose der Kinder führt teilweise zu einer Kritik an den Ärzten, auch im Zusammenhang mit der Tatsache, dass die Kinder erst verspätet adäquat betreut werden konnten, was die Väter hart kritisieren:

*„ganz speziell die Universitätskinderklinik, in der der Dr. Asperger aufgewachsen ist, dort gearbeitet hat und dort das Asperger Syndrom erkannt hat ((I: Mhm)), warum haben die damals nicht erkannt, dass das ein Asperger ist? Also das ist das, was ich so, da, da immer sage: Hättet ihr das damals erkannt, wäre es uns leichter gegangen die letzten Jahre und auch dem Railjet klarerweise“ (Fall B, S.3, Z.125)*

*„logischerweise wennst dann herausfindest, dass du eigentlich einen unbehandelten Autisten hast, fragst dich dann Scheibe warum ist das so ((I: Mhm)), warum hat man das nicht vorzeitig feststellen können, warum weiß da keiner was davon“ (Fall A, S.2, Z.49ff)*

*„Wir waren bei so vielen Ärzten, aber das da kein einziger sagt: Hören Sie, das schaut aber wirklich aus, das Kind hat ja kein Sozialverhalten und schaut Ihnen nicht an und reagiert nicht, das schaut sehr streng nach autistischen Dingen aus, gehen Sie in eine Spezialambulanz die sich damit beschäftigt. ((I: Mhm)) Das hat mir gefehlt. Nicht, dass ein Arzt die Diagnose stellt, nachher haben zwei, drei Ärzte gesagt im Nachhinein: Ja, na wir haben uns das eh gedacht und autistische Züge, aber keiner hat gesagt, das könnte das sein“(Fall D, S.10, Z.459ff)*

*„die Diagnose hab eigentlich selber ich gestellt ((I: Mhm)) um halb 12 in der Nacht, das weiß ich noch genau, weil ich am Computer gesessen bin und wieder gesucht habe nach allen möglichen Sachen und gelesen hab und dann hab ich gelesen das autistische Kind, was das eigentlich ist“ (Fall D, S.10, Z.443ff)*

### **7.2.3 Aggression (Phase 3)**

In dieser Phase kommt dem Betroffenen die Krisensituation ins Bewusstsein, was dazu führt, dass er verletzt und erschüttert ist. Er fragt sich: Warum gerade ich...? und ist von starken Gefühlen überwältigt. Erschwerend ist, dass der Krisenauslöser und die Krise selbst nicht

fassbar ist, was dazu führt, dass alles zur Zielscheibe der Aggression (aktive, passive Selbstvernichtung; Isolierung auf Grund feindlicher Äußerungen; apathische Resignation) werden kann. In der Begleitung des Betroffenen ist es wichtig, dass Ventil zu erkennen, um helfen zu können. Der Betroffene soll sich verstanden fühlen, damit er sich nicht von allen im Stich gelassen fühlt. (vgl. Schuchardt 2003, S.146f)

Im Zuge dieser Arbeit, hat keiner der befragten Väter von Aggressionen im Bezug auf die Tatsache, dass das Kind autistisch ist, berichtet. Angaben zu Aggressionen und Wut hat es nur im Zusammenhang mit dem Verhalten des Kindes an sich und mit dem Leben in der Gesellschaft gegeben.

Wie bereits unter 7.2.2 waren die Väter als sie die Diagnose Autismus für ihr Kind erhielten, zunächst geschockt, dann aber auf Grund der Tatsache einen Namen für die langjährigen Probleme mit den Kindern gefunden zu haben, meist erleichtert. Dies könnte der Grund dafür sein, dass keiner der befragten Väter von Aggressionen im Zusammenhang mit der Diagnosestellung berichtete.

Jedoch berichteten die Väter von Aggressionen, autismusspezifische Verhaltensweisen des Kindes betreffend, beziehungsweise in Situationen, wo sich alles „zuspitzt“, wo der Vater psychisch und/ oder physisch dem Kind nicht gewachsen ist.

*„aber manchmal spitzt sich das so zu, ja, man ist selber schlecht drauf, die Biene schlecht drauf und dann passiert irgendwas, ein Auslöser, ja und dann sagt man- na, das kann ja nicht sein- und dann fliegen einem die Sicherungen, ja ((I: Mhm)), was aber Gott sei Dank nie passiert ist, dass ich mich nicht mehr im Griff hab, dass ich die Biene echt zum Dreschen anfang, ja ((I: Mhm)), das nicht, aber ich schrei dann echt herum“ (Fall D, S.12, Z.532ff)*

*„Ja, das sind so die emotionalen Momente. Die mir gar keinen Spaß machen, wo man sich gar nicht gut dabei fühlt, ja ((I: Mhm)), wo man eine kurze Erleichterung hat und das Gefühl hat pfff ein bissl ein Druck ist draußen, wo man kurz nachher das Gefühl hat, eigentlich ist es ja rechtens, weil eigentlich ist das ja jetzt überhaupt nicht ok, weil die Biene, also es ist nicht ohne Grund ((I: Mhm)), also da muss die Biene echt einen Blödsinn gemacht haben“ (Fall D, S12., Z.551ff)*

*„bezüglich Aggressionen ist es manchmal relativ schwierig selber cool zu bleiben, ahm und ((I: Mhm)) das eine oder andere Mal hat es sicher, einmal eine auf den Hintern gegeben ((I: Mhm)) ahm, wenn das Maß, wenn es zu viel geworden ist, wobei seit der Diagnose eigentlich weiß man, dass vieles nicht bewusst ist, sondern unterbewusst rauskommt und da geht man auch anders damit um“ (Fall C, S. 6, Z.265ff)*

Die Gesellschaft- das Leben in ihr, mit anderen Menschen, Behörden, etc. ist ein weiterer Bereich, indem es zu Aggressionen und Wut der Väter gekommen ist.

*„Da war ein sehr netter Herr Dr. ((Name)). An den kann ich mich sehr gut erinnern, der hätte mich fast eine Vorstrafe gekostet. ((I: Ok)), wie er mir erklärt hat nach einem Jahr intensiven Austestens ((I: Ja)) hat er mir erklärt, finden sie sich damit ab, der Bernhard ist ein Depp und bleibt einer. ((I: Ok)). Ahmmm. Wo ich dann über den Tisch gegriffen hab und gemeint hab er soll sich ein bissl zurück nehmen, sonst nimm ich mich vor.“ (Fall A, S.1, Z.27ff)*

#### **7.2.4 Verhandlung (Phase 4)**

Diese Phase ist dadurch gekennzeichnet, dass die Betroffenen alle erdenklichen Wege gehen um aus der ausweglosen Situation hinauszukommen. Es kommt zu einem Nutzen des „Ärzte-Warenhauses“ und dem Suchen nach „Wunder-Wegen“. In dieser Situation, sollte der Betroffene entsprechende Begleitung bekommen, bei der er verstehen lernt, warum er was tut und um der Gefahr entgegenzuwirken materiell und geistig ausgenommen zu werden. Laut Schuchardt ist dieses ungesteuerte emotionale Handeln einem letzten Aufbäumen gleichzusetzen. (vgl. Schuchardt 2003, S.147f)

Im Fall dieser Diplomarbeit hat keiner der befragten Väter angegeben nach der Diagnosestellung einen Ärztemarathon durchlaufen zu haben um die Diagnose, die Behinderung des Kindes ungeschehen machen zu können. Auch das Suchen nach Wundern wurde von keinem der Väter angesprochen. Einige Väter jedoch sind von Arzt zu Arzt gelaufen um die Ursache für das auffällige Verhalten des Kindes herauszufinden. Zwei der befragten Väter waren bei unzähligen Ärzten bzw. Psychologen um eine Antwort auf die Frage was das Kind hat zu bekommen.

Herr D beschreibt diesen Ärzte-Marathon wie folgt:

*„(...) dann rennt man halt von Krankenhaus zu Krankenhaus ((I: Mhm)), von Untersuchung zu Untersuchung und dann beginnen halt die Sorgen von wegen, was ist da los? (Fall D, S.1, Z.43)*

*„I: Bist du zu vielen Ärzten, Psychologen gelaufen ((B4: Ja, ja)). War das wirklich so die Suche nach, was ist jetzt los? B4: Ja. Ja, das ist das Typische, was wahrscheinlich alle anderen auch erzählt haben werden, ahm, das wir natürlich gerannt sind. Vom Kinderarzt angefangen, der gesagt hat: Ach, ach, die Kinder, jedes Kind ist anders. ((I: Mhm)) Also Standardspruch und wir sind dann aber relativ rasch dann weiterspaziert und sind dann im Zentrum für Entwicklungsförderung gewesen- Psychologe angeschaut, Arzt angeschaut, Therapeuten angeschaut, alles mögliche gemacht. (Fall D, S.9, Z. 427)*

*„Audiometrie, ob das Kind gescheit hört, EEG gemacht, also 100te Untersuchungen, alles angeschaut. ((I: Mhm)) Stoffwechselerkrankungen angeschaut, gesucht was ist denn da los, das ist sicher zwei Jahre lang so gegangen ((I: Mhm)), gut zwei Jahre lang und keine Diagnose zu haben.“ (Fall D, S. 10, Z.434)*

*„Und ja, da war ich schon im Nachhinein sehr enttäuscht von den Ärzten, ja weil da denk ich mir: Na, das muss nicht sein ((I: Mhm)), ja. Also eine riesen Odyssee.“ (Fall D, S. 10, Z.469)*

Herr B, dessen Sohn die Diagnose „Asperger- Autismus“ erst im Erwachsenenalter erhalten hat, blickt ebenfalls auf eine lange Suche zurück, welche mit der Zusammenarbeit mit einigen Psychologen, Psychotherapeuten und Ärzten einhergeht:

*„Wir haben schon immer wieder Psychologen gehabt, wie gesagt, das waren einige in der Zwischenzeit, das hat mit einem Psychologen in Wien im 12. Bezirk begonnen, wo man versucht hat, aber... bis auf den, leider bereits auch schon verstorbenen sind aber alle keiner, obwohl die Leute das ja meiner Meinung nach studiert haben, ((I: Mhm)) oder wissen müssen, auf die Idee gekommen, dass es ein Asperger Autist ist.“ (Fall B, S.2, Z.109)*

Herr A gibt an, dass es zu seiner Zeit kaum Ärzte gab, welche eine Ursache für die Entwicklungsverzögerung des Kindes nennen hätten können:

*„Durch das, dass er das erste Kind war pffffff, keiner weiß genaueres, wie, wie die Entwicklung und so weiter funktionieren sollte oder nicht sollte (I: Mhm) Ähm pfff, die ältere Generation war immer der Meinung, das wird schon (0,3), der Kinderarzt hat auch gesagt er ist ein bisschen langsam, aber das geht, das wird schon, das wird von der Zehe sein und das Reden wahrscheinlich auch und somit hängst hinten nach... ähhh... viele Ärzte hat es nicht gegeben“ (Fall A, S.1, Z. 15)*

Anders ist es bei Herrn C abgelaufen, denn dieser hat erst nach dem konkreten Verdacht Kontakt zu Ärzten und Psychologen gesucht.

*„Sind sie dann zu Ärzten oder anderen Leuten gegangen, die Ihnen sagen was jetzt los ist, warum das Kind irgendwie auffällt und ja. Warum es Probleme gibt?*

***B3:** Nein, von unserer Seite her nicht wirklich, wie haben dann auf Anraten von der Kindergartenpsychologin haben wir ihn einmal austesten lassen, wo eben die feinmotorische Schwäche festgestellt wurde und ein bisschen ein Aggressionspotential, aber, ahm, das wir mit Ärzten (...) hat sich erst ah, wie der konkrete Verdacht da war ergeben ((I: Mhm)) und seither, wir sind nach wie vor regelmäßig in Konsultation mit der Prof. ((Name wird hier nicht genannt)), aber es läuft.“ (Fall C, S.7, Z.321)*

Zusammenfassend lässt sich hierzu sagen, dass aus keinem der Interviews herauszulesen ist, dass die Eltern versucht haben die Diagnose Autismus zu verhandeln, oder mit Hilfe von Ärzten oder Wundern wieder rückgängig zu machen. Ärzte spielen überwiegend eine Rolle um Klarheit in die Situation, also eine Diagnose zu bringen, beziehungsweise um eine weitere

Therapie, Betreuung und Unterstützung des Kindes einzuleiten. Hierbei ist noch zu erwähnen, dass die Tatsache, dass die Ärzte, wie unter 7.2.2 beschrieben, in den meisten Fällen erst sehr spät eine Diagnose stellten, von den Vätern sehr negativ gesehen wird.

### 7.2.5 Depression (Phase 5)

Die Betroffenen erkennen in dieser Phase, dass es keine Wunder gibt und dass die Situation nicht zu ändern ist, dass man die Augen nicht mehr verschließen kann. Sie richten ihre Gefühle nach innen, versinken oft in den Abgrund der Resignation und Verzweiflung. Sind die Betroffenen bei dem Punkt, wo ihnen alles sinnlos erscheint, sind sie in der Phase der Depression angelangt. Diese Phase ist auf einer rationalen und emotionalen Ebene, der Betroffene trauert um den Verlust, zum Beispiel ein gesundes Kind zu haben. Jetzt setzt die Trauerarbeit ein, bei welcher der Betroffene lernt sich von dem Verlust zu distanzieren und dann beginnen kann neue Taten und Handlungen zu setzen. (vgl. Schuchardt 2003, S.148f)

Die Beschreibung von Gefühlen wie Trauer und Verlust ist ein sehr sensibler Punkt für die Väter bei den Interviews gewesen. Einen sehr guten Einblick in seine Gefühlswelt gibt Herr D, welcher genau schildert, wie er, obwohl er bereits in einem aktiven Leben mit seiner Tochter steht und sie und ihre Behinderung akzeptiert, trotzdem immer wieder starken Emotionen ausgeliefert ist, die eine enorme Trauer, aber auch Wut widerspiegeln.

*„Also Gefühle kommen immer wieder verschiedene starke. Das eine ist halt diese unheimliche, ahh, Gefühle zu beschreiben ist nicht leicht, vor allem wenn einem das so überkommt wie eine riesen Welle, steht man neben sich ((I: Mhm)), ahm das lustige, nein lustig ist es nicht, aber wann mir das passiert immer wieder ist beim Laufen, ja ((I: Mhm)), beim Laufen, da bin ich Joggen gegangen, da kann ich mich noch genau erinnern und da ist mir irrsinnig viel durch den Kopf gegangen und dann hab ich zum Hadern angefangen ((I: Mhm)) und beim Laufen hat sich da, scheinbar lösen sich da, natürliche Blockaden ((lacht)), wie auch immer, auf jeden Fall geht es dann irgendwie dass man ah, mit dem Laufen und mit dem Denken, das kommt alles so in den Fluss und da geht scheinbar so eine Lade auf mit den Gefühlen und da ist einem so wirklich zum Heulen und zum Brüllen und zum man ist irgendwie furchtbar traurig und fühlt man sich irgendwie so betrogen im Leben, ja. (0,5). Ja, dann drückt es einem eh das Wasser aus den Augen, dann schreit man herum, aber ich bin nicht böse auf die Biene irgendwie persönlich, dass ich aggressiv auf sie bin, dass ich sie schlagen will, oder das ich sie irgendwo in ein Loch verbuddeln will, sondern ich hab eher das Gefühl, dass es so eine Aufstauung ist dieser ganzen Gefühle, dieser ganzen Emotionen, dieses ständige nach außen Lächeln und Kämpfen und nach außen stark zu sein ((I: Mhm)), das man dieses Ganze andere nach hinten schiebt und das bricht irgendwann so los, ja“ (Fall D, S.11, Z.497ff)*



Im Leben mit einem autistischen Kind ist man immer wieder Situationen und Gefühlen ausgesetzt, die einen aufzeigen das das Kind anders ist, sich anders entwickelt hat als es hätte sein können. In diesen Phasen fehlt den Vätern oft Begleitung und Unterstützung um besser mit den aufkommenden Gefühlen umgehen zu können.

*„Die traurigen Momente sind dann die, die einem wieder einholen, das wollte ich eigentlich zuerst sagen, wenn man selber schlecht drauf ist und wenn man sich dann ausklingt aus diesem Alltag und dann es zulässt und dann diese Laden öffnet ((I: Mhm)) wo man alles reinschmeißt, also ich mach das so und das alles rauskommt, dann fühlt sich das gar nicht gut an. Ja. Ahm, dann ist man ganz traurig, dann ist einem zum Schreien, Weinen und Toben, ja und dann ist man ganz schnell auf Kriegsfuß mit der ganzen Welt und mit sich selber, ahm. ja. Da hab ich das Gefühl, dass das fehlt, das man nicht damit umgehen kann, oder lernt, dass einem dabei keiner begleitet, ahm und ja dass es dann die einzige Möglichkeit für mich ist es dann dieses typische verdrängen, oder wegschieben, ja, was ich aber familiär bezogen schon so gelernt habe.“ (Fall D, S.4, Z.172ff)*

*„(...) aber im Enddefekt hab ich das so erlebt, dass mich das in Wirklichkeit, wenn ich, wenn alle anderen sagen: ((Name des Vater)) du machst das super als Papa, du bist der perfekte Papa und du bist so stark und machst alles richtig und bist immer „happy-peppi“, aber das ich hab das Gefühl, das ist schon eine dicke Fassade ((I: Mhm)), die man sich nach außen hin aufbaut um selber zu überleben, ja. Ahm. Wenn man sich ehrlich ist, müsste man sich, sonst wirklich einfach in ein dunkles Kammerl setzen ((I: Mhm)) ja. Ja, so schaut das aus“ (Fall D, S.4, Z.183ff)*

*„weil im Enddefekt, nach so vielen Jahren gesteht man sich einmal ein - normal ist das nicht. ((I: Mhm)) Das Leben ist nicht normal was man lebt und es ist völlig krank was man da alles macht und tut ((I: Mhm)) und auf Dauer hältst du das nicht aus, sonst bist selber in der Klapsmühle, ja ((I: Mhm)) oder du schmeißt dein Kind aus dem Fenster und das will ich eigentlich nicht, beide Sachen.“ (Fall D, S.13, Z.581ff)*

Dass man im Zusammenleben mit einem autistischen Kind immer wieder an seine Grenzen stößt und immer wieder auch depressiv wird beschreibt auch Herr C:

*„Man muss versuchen aus der Situation wirklich das Positive herauszuholen, weil jetzt in Depressionen zu versinken bringt weder ihm noch uns was.“ (Fall C, S. 7, Z.362ff)*

*„Hat es Phasen gegeben, wo man doch irgendwie das Gefühl gehabt hat, dass man wirklich ein bisschen ins Depressive hineinrutscht?“*

**B3:** *Ahm, fallweise natürlich. Dass man glaubt: Was hab ich jetzt schon wieder gemacht, dass er nur einen Ausraster nach dem anderen hat, womit haben wir das verdient? Oder so. Das kommt phasenweise kurz, aber das ist nach ein paar Minuten wieder weg, aber grundsätzlich würde ich aber schon sagen, dass ich, aber auch genauso meine Freunde, eine äußerst positive Grundeinstellung dazu haben.“ (Fall C, S.8, Z.365ff)*

### 7.2.6 Annahme (Phase 6)

Der Betroffene bemerkt in dieser Phase, dass er sich und sein Menschsein völlig vergessen hat. „Ich erkenne jetzt erst...!- was ich bin, was ich kann, was ich will. In der Phase der Annahme nimmt sich beispielsweise der Vater eines behinderten Kindes als ein solcher an. Es wird ein Leben mit der Krise, nicht mehr gegen sie, gesucht. Der Mensch lernt das Unausweichliche anzunehmen, was nicht mit einer Bejahung gleichzusetzen ist. (vgl. Schuchardt 2003, S.149)

Im Zuge dieser Arbeit haben alle befragten Eltern in den Interviews angegeben ihr Kind und das Leben damit angenommen zu haben. Das Kind wird mit seiner Behinderung akzeptiert und es wird versucht das Beste aus der Situation zu machen. Wie die einzelnen Väter dies ausdrücken wird im Folgenden zitiert.

Herr A beschreibt den Aspekt der Annahme folgendermaßen:

*„Nur diese Entscheidung zu finden und dann auch konsequent umzusetzen, das dauert, das dauert verdammt lang, fast viel zu lange und in die Öffentlichkeit zu gehen und zu sagen: ok das ist mein Bub, und was? Was soll's? Ich finde es ist was Ordentliches worden aus ihm, auch wenn er ein Autist ist.“ (S.13., Z.671ff)*

*„Wer macht das nicht? Sind wir sich ganz ehrlich ((I: Mhm)), aber im Endeffekt muss ich sagen, es rennt eigentlich immer auf das raus: er ist was er ist und so hab ich ihn zu akzeptieren und so hab ich ihn gern zu haben. Und so will ich ihn auch gern haben. Ich würde es auch akzeptieren, wenn er "Normal" wäre unter Anführungszeichen, was man halt so normal nennt. Aber, ich akzeptiere ihn auch so wie er ist, mittlerweile bin ich so weit, dass ich das sagen kann“ (S.16, Z.830ff)*

Herr B ist sehr stolz auf seinen Sohn und sieht seiner Entwicklung positiv entgegen, obwohl es immer wieder Rückschläge geben kann:

*„Jetzt zum jetzigen Zeitpunkt, wenn ich denke wie toll er unterwegs ist, aber es ist für ihn gut ((I: Mhm)). Was wir auch immer sagen, er ist jetzt sehr hoch oben am Berg und es gibt immer wieder dass man am Berg so ein bisschen hinuterrutschen könnte ((I: Mhm)), das: weiß man ja nicht, was passiert.“ (S.5, Z.222ff)*

Weiters geben auch Herr C und Herr E an, ihr Kind zu akzeptieren und das Beste daraus zu machen:

*„Vom physischen her haben wir zwei gesunde Kinder ((I: Mhm)), eines ist halt ein bisschen psychisch angeschlagen ((lacht)), ahm, dadurch dass das Asperger-Syndrom eine relativ junge Diagnosestellung, ich vermeide den Ausdruck, wie Sie vielleicht merken ((I: Mhm)), eine relativ junge Diagnosestellung im ICD-10 ist, ahm, da denk ich mir auch, das hat es sicher früher auch schon gegeben, ahm nur halt, jetzt hat man dem Kind einen Namen*

*gegeben und es gibt eben spezielle Programme, Förderungen, Therapien die man machen kann und ja, machen wir das Beste draus.“ (Fall C, S.5, Z.240ff)*

*„I: Das heißt, Sie akzeptieren ihn so wie er ist.*

*B3: Ja. Ich hab nicht wirklich viel andere Wahlen, alles andere würde mich nur zusätzlich belasten und fertig machen und da verwende ich meine Energie lieber ahm, für andere Projekte, als in Selbstverzweiflung darüber zu vergehen.“ (Fall C, S.5, Z.252ff)*

*„Es ist, ein autistisches Kind ist zunächst einmal ah, kein Grund unglücklich zu sein ((I: Mhm)), ja, das ist es nicht. Es ist schwieriger irgendwie, das Ganze ist schwieriger, aber wie gesagt es wäre auch gegangen mit ihr, wenn er nicht autistisch wär, ja das ist.... na ja. Also ich sag einmal man wird unheimlich gefordert, das ist eine Lebensaufgabe einfach, ist seh es dann halt als meine Lebensaufgabe ((I: Mhm)) und manchmal seh ich der positiv entgegen und stell mich ihr, aber natürlich gibt es Situationen, Wahnsinn, gell ((I: Mhm)), ab auf den Mond, aber trotzdem, es ist einfach die Situation, die jetzt mir im Leben gestellt wird ((I: Mhm)) und da draus das Beste zu machen. Wie das dann aussieht weiß ich nicht, aber man bemüht sich und versucht es gut zu machen, oder besser zu machen, aber es geht halt immer nur im eigenen Rahmen, ja ((I: Mhm)). Und es ist auch nicht schlimm, finde ich, wenn man dann mal denkt- Wahnsinn, geht nichts- aber es geht, es geht immer weiter, einfach wenn man sich von der Situation löst und der nächste Tag sieht wieder anders aus.“ (Fall E, S.5, Z.200ff)*

Herr D erlebt sich und sein Leben auch wieder neu und hat es durch die neue Familiensituation geschafft eine gewisse Distanz zu seiner Tochter aufzubauen was bedeutet, ihr und sich, ein eigenständigeres Leben zu ermöglichen.

*„Ja, dass ich jetzt wieder zusammen bin mit einem neuen Lebenspartner, Lebenspartnerabschnitt, wie auch immer man den Schafß nennt ((lacht)), ja und wir jetzt Ende Juli ein Putzi bekommen.“ (S.4, Z.189f)*

*„Was ich aber das Gefühl hab, ist jetzt das durch bisschen den neuen Fokus (0,7) auf das neu kommende Kind ((I: Mhm)), sich das mit der Biene etwas relativiert ((I: Mhm)), dieses Kümmern und Sorgen um ein behindertes Kind ist in Wirklichkeit in einer übersteigerten Form passiert, hab ich so das Gefühl, man merkt das selber gar nicht so. Wenn man Leute hat in der Umgebung, die einem das ehrlich einmal sagen ist das wichtig, das wär wichtig, ja ((I: Mhm)), ahm man ist dann wie eine Glucke ja, was für das Kind nicht gut ist und für einen selber nicht gut ist und dann eben Partnerschaften auch kaputt macht, ahm, deswegen finde ich das jetzt gut eigentlich.“ (S.5, Z.202ff)*

*Ich hab das Gefühl, dass ich das ein bisschen anders sehe und dass ich jetzt anfang, das klingt so negativ, mich ein bisschen von der Biene zu distanzieren ((I: Mhm)). Ich finde es gut, dass sie bei der Mama ist und dort alleine ist und dass ich jetzt anfang, ich hab das jetzt lernen müssen ((I: Mhm)), die letzten 2, 3 Jahre loszulassen von der Biene, dass nicht nur ich die Biene beschützen kann und sorgen kann, sondern das die Einrichtungen da sind, Babysitter da ist, dass ihre Mama sich um sie kümmert und dass die Biene irgendwann hoffentlich einmal in eine Institution sein wird, in einer WG oder irgendwas ((I: Mhm)) wo sie auch leben kann und wo man scheinbar vielleicht dieses ständige, weiß ich nicht, dieses besorgte, oder schlechte Gewissen ((I: Mhm)), oder dieses man ist für alles verantwortlich, dass man das ein bisschen, dass man da loslassen kann, ja. (Fall D, S.5, Z.211ff)*

### 7.2.7 Aktivität (Phase 7)

Der Leitsatz „Ich tue das...!“ kennzeichnet diese Phase und ist durch das Setzen von Taten gekennzeichnet. Der Betroffene setzt Aktivitäten und seine Werte und Normen werden umstrukturiert, dass heißt, der Betroffene hat einen veränderten Blickwinkel auf die Situation und sein Denken wird auch die Realität und primär sich als Person verändern. (vgl. Schuchardt 2003, S.145f)

Die Phase der Aktivität wurde von allen, im Zuge dieser Diplomarbeit, befragten Vätern autistischer Kinder erreicht und ist durch unterschiedlichstes Handeln gekennzeichnet. Die Väter haben sich beispielsweise um eine individuell passende Betreuung und Ausbildung ihrer Kinder bemüht:

*„Wir haben dann Kontakt mit der Direktorin vom SPZ im Bezirk aufgenommen ((I: Mhm)), ahm, die aber wiederum, in einem Gespräch, wo wir mit dem Munchkin dort waren, ahm, gesagt hat, es ist, also er passt, also sie hat im SPZ eigene Autismus-Klassen, wobei, dort eher autistische Kinder mit basalen Störungen ahm, sind und der Munchkin auf Grund seines kognitiven Status überhaupt nicht reingepasst hätte, weil er doch massiv drüber gelegen ist, bei ihm äußert es sich eben massiv verhaltensauffällig, also im Verhalten sich selbst, oder anderen Gegenüber, was er gerade tut, und die Direktor ((Name wird hier nicht genannt)) hat aber den Kontakt zur Mag. ((Name wird hier nicht genannt)) hergestellt, ahm und der Munchkin war dann sehr rasch innerhalb von kurzer Zeit, im April in seinem Vorschuljahr((I: Mhm)), ahm, da war er dann im ((Verein in dem Munchkin jetzt ist)) und ist seit dem dort, hat dort die Vorschulklasse fertig gemacht, die erste und zweite Klasse jetzt absolviert, fühlt sich wohl“ (Fall C, S.2, Z.52ff)*

*„Und so hat es eben begonnen mit ihm, im ((Verein in dem Railjet jetzt ist)) und die Fortschritte, die Sie vielleicht nicht alle wissen, ahm, seit vierten April ist er Mitarbeiter der Wiener Linien ((I: Mhm super)) hat damit einen Job mit weniger Stunden derzeit und auch im persönlichen Bereich sind Sachen, wo wir dann gemerkt haben, wie viele Fortschritte sind“ (Fall B, S.1, Z.39f)*

*„und jetzt ist er, wie lang ist er, drei Jahre glaub ich, ist er im ((Verein für Menschen mit Autismus)), drei oder vier Jahre, ich weiß es jetzt nicht genau, vier Jahre glaub ich sind es und jetzt hat er halt relativ viel aufgeholt, also mit einfache Sachen mit Lesen (I: Mhm)), mit Schreiben, mit Rechnen, hat ihm relativ viel gebracht, was er vorher nicht können hat, was ihm keiner gelernt hat“ (Fall A, S.2, Z.68ff)*

Ein weiterer Aspekt der Aktivität ist es, wenn die Betroffenen Strategien entwickeln, welche ihnen helfen den Alltag besser zu bestehen. Um optimaler mit den typischen autismusspezifischen Symptomen und teilweise schwierigen Verhaltensweisen des Kindes umgehen zu können hat Herr E folgende Bewältigungsstrategien entwickelt:

*„Also ich bin seit Jahren, seit der Scheidung zufällig, so in einer Meditationsgruppe und tu auch regelmäßig meditieren ((I: Mhm)), mach auch Yoga ((I: Mhm)) und so ist, betrachtet man immer die Leute mit denen man Schwierigkeiten hätte also unsere Meister letztendlich, unser Spiegelbild und Thomas ist halt schon hohe Stufe, sag ich mal, ich bräuchte es nicht unbedingt, aber es ist dann halt so ((I: Mhm)), ja und je nach dem, wenn ich die Gelassenheit hab dann ich es, dann hab ich auch den Abstand und kann es mal sehen und seh dann einfach auch viel mehr (...)“ (Fall E, S.4, Z.154ff)*

*„ja also für mich ist es ganz wichtig, dass ich heim komm, dass ich da jetzt nicht in totalen Stress bin. Wobei er hat es gelernt, wenn ich heim komm mach ich erst einmal, wenn möglich, und das ist möglich, am Anfang war das sehr schwer, da hat er dann gehämmert wie ein Verrückter an der Tür, aber jetzt checkt er das, da zieh ich mich eine halbe Stunde zurück, Tür ab, mach eine halbe Stunde Yoga ((I: Mhm)), bin anschließend relaxt und dann beginnt die zweite Show, sag ich einmal, dann beginnt eine neue Show und das passt dann, aber ich muss einfach so für mich sein, muss runtergefahren sein ((I: Mhm)), frei sein und dann kann ich mich sozusagen, mich in diese Situation reinkippen, dass ich da auch offen bin“ (Fall E, S.4, Z.171ff)*

Das „Ich tue jetzt“ zeigt sich auch darin, dass die Väter mit ihren Kindern, trotz Schwierigkeiten, in die Gesellschaft gehen um ihnen dort das Sammeln von vielen Erfahrungen zu ermöglichen.

*„Je älter die Biene geworden ist, desto mehr sind die Probleme gekommen, wie einkaufen gehen, oder andere Sachen ((I: Mhm)), ich hab dann versucht immer Normalität an den Tag zu legen, ich wollt immer mit ihr die Sachen machen, ein bissl, einkaufen gehen oder so, Kino gehen geht nicht oder so Sachen, aber ja“ (Fall D, S.9, Z.386ff)*

*„Dann hab ich ihn wieder aufbauen müssen, gell, dann hab ich wieder alle anrufen müssen. So, er kann das((I: Mhm)) und ihr müsst durch, ihr müsst das jetzt mit eurem Kopf ausmachen und dann nichts drüber erzählen ((I: Mhm)), ihr müsst erst einmal den Gedanken klar haben und dann könnt ihr mit ihm erzählen, weil er wird es spüren und ist Chaos. ((I: Mhm)) Alle kapiert, alle haben sich rausgehalten, haben sie gesagt alles super, ja. Und das sind alles so Dinge, ah, wenn man ihn relativ normal sag ich mal sieht, in manche Situationen weiß man halt ist schwierig ((I: Mhm)), das man ein bissl von dem sturen Autismus wegkommt und dass man sie fordert und tut und in vielen Situationen geht das ganz normal und vor allem, er holt sich das Selbstwertgefühl, einfach und kriegt natürlich auch Lob dann von außen, von anderen Leuten drüber, das ist einfach ganz wichtig.“ (Fall E, S.8, Z. 347)*

### **7.2.8 Solidarität (Phase 8)**

Die letzte Phase im Spiralmodell nach Erika Schuchardt ist die der Solidarität. „Wir handeln, wir ergreifen Initiative...!“ ist der Leitsatz hierzu, der den Wunsch beinhaltet auch in der Gesellschaft verantwortlich zu handeln. In dieser Phase ist der Krisenauslöser in den Hintergrund getreten, der Betroffene fordert ein gemeinsames Handeln heraus. Dieses

Zielstadium wird nur von wenigen Menschen erreicht. (vgl. Schuchardt 2003, S.149f) „Es gibt am Ende keine Lösung i. S. von Erlöst-werden von der Last. Die einzige mögliche Lösung besteht darin, nicht mehr im Widerstand gegen das scheinbar Unannehmbare, sondern mit ihm zu leben, und zwar durch Übernahme einer neuen Aufgabe, die es individuell sowie solidarisch zu gestalten gilt.“ (Schuchardt 2003, S.150)

Ob die Väter der autistischen Kinder die Phase der Solidarität erreicht haben, ist auf Grund der getätigten Aussagen schwer zu beurteilen. Erkennbar ist, dass sich alle Väter im Bereich der Aktivität befinden, inwiefern aber ein Schritt mehr in die Gesellschaft, im Handeln in der Gesellschaft stattgefunden hat, ist nicht herauszulesen. Jeder der befragten Väter hat jedoch Stellungnahme zu seinem Blick in die Zukunft gegeben, welche hier nun genannt wird.

Herr A hofft für seinen Sohn einen WG Platz zu bekommen und sein Blick in die Zukunft ist von dem Gedanken begleitet, was mit seinem Kind passiert, wenn er nicht mehr lebt.

Den Gedanken, was nach dem eigenen Tod mit den Kindern passiert, spielt für die meisten der befragten Väter eine große Rolle. So hat auch Herr B diesbezüglich folgendes gesagt:

*„Na klar, da gab es am Anfang die Geschichte ein Behinderter, oder ein Mensch mit besonderen Bedürfnissen, was ist später einmal ((I: Mhm)), wenn die Zeit vergeht und wir doch nicht wissen, wie weit kann man ihn doch noch unterstützen, wie weit kann man ihm helfen, oder wann steht er irgendwann einmal alleine da und muss, dass wissen wir alles nicht, muss zum Beispiel den Tod von den Eltern irgendwo verarbeiten, da weiß man ja auch nicht, wie er dann ((I: Mhm)), ob das nicht wieder ein Rückschlag für ihn ist in irgendeiner Weise“ (Fall B, S.6, Z.286ff)*

Herr D sorgt sich auch um die Zukunft seines Kindes, hat aber eine globalere Betrachtungsweise:

*„Große Sorge ist dann, die stell ich aber ganz zurück, ist dann trotzdem dass man sagt, irgendwann, man ist doch älter, wird man nicht mehr sein, ja ((I: Mhm)), wer wird sich dann um die Biene kümmern? Wird es dann liebe Leute geben, wer entscheidet dann drüber, im Sinne der Biene, pffff mhm, ja das ist dann pfff, das ist dann wo man sich dann irgendwie, da hilf ich mir mit ein bissl mit einer ganz globalen Betrachtung, da nimm ich mich dann, man hat so seine Schubladen und seine Geheimrezepte ((I: Mhm)), da nimm ich mich dann ganz zurück und sag, im Endedefekt das ist der Segen, dass das Leben endlich ist, auch mein Leben ist endlich und auch der Biene ihres ((I: Mhm)) und je nach dem wie es ihr gehen wird und auch wenn ich nicht mehr da sein werde und auch sie wird dann auch irgendwann nicht mehr sein und wo immer sie dann sein wird, ob sie wiedergeboren wird, ob sie im Himmel als Engerl herumfliegt, aber es ist dann auch zeitlich beschränkt und schlussendlich, ja und wenn man die ganze Welt sieht, und wie viele arme Kinder geboren werden ((I: Mhm)), die nach wenigen Tagen sterben, weil sie verhungern müssen elendlich, oder missbraucht werden, täglich geschlagen werden, vergewaltigt werden, die Welt ist so schlimm und so böse ((I: Mhm)), da geht es der Biene noch immer sehr sehr gut, ja ((I: Mhm)) und selbst wenn sie*

*irgendwo in einer Institution ist, wo sie nicht so optimal ist und kein Papa mehr da ist, der sich um alles kümmern, ahm, es gibt viele Menschen, denen es noch ganz viel schlechter geht.“ (Fall D, S.13, Z.604)*

Generell ist die Zukunftsperspektive für Herrn D, dessen Tochter die Diagnose frühkindlicher Autismus erhalten hat, sehr negativ. Die Angst davor keinen geeigneten Betreuungsplatz für seine Tochter zu finden ist groß. Jedoch ist er der Auffassung, dass es wichtig ist, dass sein Kind irgendwann auszieht und beide ihr eigenes Leben leben können.

*„I: Der Blick in die Zukunft?*

***B4:** Ganz schlecht ((lacht)), weil vermeidet man, vermeide ich ((I: Mhm)), wenn ich einen Blick in die Zukunft mach, wird mir oft ganz schwummelig ((I: Mhm)), manchmal sagt ich: mhm jetzt waren so viele Sachen, das hättest dir nicht gedacht, was auf dich wieder zukommt und es hat immer Lösungen gegeben und irgendwie haben wir das immer gemeistert“ (Fall D, S.12, Z.572)*

*„aber ich glaub es ist dann an der Zeit, dass die Biene, wenn sie erwachsen wird dass sie ihren Weg geht und das ich wieder meinen Weg geh. ((I: Mhm)) Ja, weil sonst ist das für uns beide nicht gut und deswegen wird die Biene nicht weniger glücklich sein. In Wirklichkeit werden wir sonst nur alle unglücklich, ja“ (Fall D, S.13, Z.493)*

Herr C sieht die Zukunft seines Sohnes durchwegs positiv:

*„Wie sehen Sie die Zukunftsperspektive? Für ihn, für Sie, für die ganze Familie?*

***B3:** Ahm, die sehe ich erstmals äußerst positiv, weil ich denke mir, ahm, als Asperger hat er ja durchaus ahm, das Potential und die Chance ein relativ normales Leben zu meistern ((I: Mhm)) ahm, durch sein ausgeprägtes Interesse im technisch-naturwissenschaftlichen Bereich, ahm, sehe ich durchaus auch große Chancen für eine erfolgreiche berufliche Laufbahn und ich denke mir, dass familiäre wird sich sicher auch irgendwann ergeben“ (Fall C, S.7, Z.350ff)*

Einen offenen Blick in die Zukunft will sich Herr E bewahren:

*„Der Blick in die Zukunft? Offenlassen ((I: Mhm)), offenlassen, offenlassen. Das ist, manche Eltern, also mit ältere, also wo die Kinder schon älter sind, manche sind dann pessimistisch, sagen dann so und so und so wird es dann halt. Es kann, die Wahrscheinlichkeit ist halt relativ hoch natürlich ((I: Mhm)), das Beruf oder sonst was nicht so hinhaut, aber ich sag mal, alles ist möglich. Alles ist möglich und (0,5) er ist eher, das nötige Glück muss dabei sein, aber ich hab es aufgegeben zu planen ((I: Mhm)), maximal ein Jahr und das gilt aber fürs Schuljahr, weil er kann sich ja entsprechend entwickeln, wie sagen wir immer? (...) mit dem Planen, sorg ich jetzt nicht groß für die Zukunft.“ (Fall E, S.11, Z.541ff)*

## Begleitung- und Krisenintervention:

Wie bei Erika Schuchardt beschrieben, zeigt das Bild der Spirale, dass es sich bei den inneren Vorgängen um unabgeschlossene handelt, welche sich auch immer wieder überlagern können. Die Lern- und Verarbeitungsprozesse der einzelnen Phasen können wiederholt, aber auch übersprungen werden. Eine Krisenintervention durch die Begleitung des Prozesses, kann sich hierbei ebenfalls auswirken. (vgl. Schuchardt 2003, S.138f)

Einige der Väter haben über ihre Krisenbegleitung und deren Bedeutung gesprochen. Herr A hat beispielsweise erst in der jetzigen Tagesbetreuung durch die dort arbeitenden Pädagogen und Psychologen die Möglichkeit erhalten, den Autismus seines Sohnes und seine Gefühle im Bezug dazu, aufzuarbeiten.

*„nur es war für mich Aufarbeitung genug die Kurse von meiner Frau ((I:Mhm)), von der jetzigen, weil wie nennt sich das? ((fragt seine Frau, welche im Raum ist)), nicht „Autistenschreck“, sondern „Autistentrainer“ ((B1 und I lachen)) Und da hab ich eigentlich relativ viel über das Thema wirklich erst erfahren ((I: Mhm)) und auch mit ein paar Gespräche mit der ((Leitung des genannten Vereins für Menschen mit Autismus, in welchem Bernhard jetzt ist)) eben über den Bernhard und versucht man halt das zu kompensieren oder aufzuholen was eh nicht funktionieren wird, schätzungsweise, was man versäumt hat die letzten Jahre“ (Fall A, S.2, Z.96ff))*

*„Emotionen sind eigentlich erst aufgekommen wie er zur ((jetzige Leitung des Vereins indem Bernhard jetzt ist)) gekommen ist, wie wir dort die Gespräche gehabt haben, wie wir mit den Betreuern dort geredet haben, weist ihm dann erst siehst, was eigentlich alles versäumt ist worden.“ (Fall A, S.5, Z.246ff)*

Im Fall von Herrn B, bei dessen Sohn die Diagnose erst im Erwachsenenalter gestellt wurde, sind sowohl pädagogische als auch psychologische Maßnahmen sehr spät gesetzt worden. Auch das Einreichen über erhöhtes Pflegegeld hat erst in diesem Zeitraum stattgefunden. Eine Stütze bei der Verarbeitung ist für Herr B seine Frau, mit dieser er zusammen viele „Täler“ überwunden hat.

*„I: Hat es irgendwie in ihrer Paarbeziehung irgendwann schwere Krisen, oder so gegeben?  
B2: Ja, sicherlich ((I:Ja)), sicherlich, weil es für uns eine Belastung war, zum Teil eben, weil wir beide nicht gewusst haben, ja, wie soll man damit umgehen, wie soll man überhaupt damit umgehen, dass der Große, ah eine EDV Koryphäe ist, programmiert für große Firmen, eigentlich keine Probleme macht und er ja... also wenn man lang genug verheiratet ist, dann verarbeitet man gemeinsam auch diese Dinge. Aber klarerweise gibt es da auch Täler die man nicht verarbeitet (0,6). Wir haben 75 geheiratet, das ist doch schon ein bissi lang“ (Fall B, S.6, Z.299ff)*

*„und da hat es dann begonnen, mit dem ((Verein in dem Railjet jetzt ist)), ja 27. Juni 2003, sind wir zur Fr. Dr. ((Name wird hier nicht genannt)), das war eigentlich, das war dort wo wir die Hilfe bekommen haben, die wir eigentlich alle gebraucht haben und ((blättert wieder in der Mappe)) ... so ist das dann sukzessive weitergegangen, Pflegestufe eingereicht haben*



*wir auch erst ab diesem Zeitraum. Ab 2005 haben wir eine Wohnunterbringung im ((Verein in dem Railjet jetzt ist)), wo er jetzt ist. (0,9) Das war natürlich auch schwer, eine Förderung die wir ja am Anfang überhaupt nicht gebraucht und ich sag auch vielleicht gewollt haben, weil wir gesagt haben: er ist ja normal, er ist halt langsam, dann haben wir eben gesagt: ok, suchen wir halt an“ (Fall B, S.7, Z.349ff)*

Eine langjährige Begleitung von der Diagnosestellung bis heute hat Herrn D den Prozess der Verarbeitung erleichtert. Jedoch kommt es bis heute, wie bereits beschrieben zu sehr emotionalen Situationen, in welchem das Leben so wie es ist in Frage gestellt wird.

*„und dann sind wir in die ambulante Betreuung gegangen, nachdem wir das einmal überwunden haben, diese erste Philie, dieses schwarze Loch, ich bin dann dort wieder raus gekraxelt, hab das wieder geschlossen hinter mir“ (Fall D, S.2, Z.93f)*

*„Und dann haben wir dort, so ein halbes Jahr gemacht in der Ambulanz, dass sich die Biene entwickelt und einmal lernt zu sitzen einmal überhaupt ((I: Mhm)), sitzen zu bleiben und zu arbeiten, ja und dann ist es mir wieder besser gegangen, ein bissl, weil ich das Gefühl gehabt habe, obwohl die Biene ein behindertes Kind, ein autistisches Kind ist ((I: Mhm)) dass sie da gut aufgehoben sein wird und es eine Institution gibt, die sich um sie kümmert.“ (Fall D, S.3, Z.117ff)*

*„Man war dann so integriert in diesen Kindergarten, sie bemühen sich auch alle und in diesen ganzen Tun und Handeln und dem Gefühl zu haben man macht das Richtige, das Beste für sein Kind ist so die eigentliche Gefühlsseite- wie geht es mir damit, dass ich ein behindertes Kind habe?- eigentlich ganz weit in den Hintergrund ((I: Mhm)). Ja, dann ist das halt so weiter gegangen, bis zur Beschulung und dann ist sie von Kindergarten in die Schule, dann hat der Hort begonnen, ja und die Biene ist dann groß geworden und ist jetzt noch immer in der Schule, also sie ist jetzt 13 Jahre“ (Fall D, S.3, Z.128ff)*

*„Hin und wieder, wenn es der Biene ganz schlecht geht und, also wenn viele Sachen zusammen kommen und es einem selber grad nicht so gut geht ahm und wenn du nicht die Chance hast aus dem Radl rauszuspringen- arbeiten gehen, kümmern, kümmern, Arzttermine ausmachen, mit der Lehrerin reden, ahm, dann passiert da, dass einem die Realität einholt ja, ganz stark ist das dann auch zum Teil wenn normale Kinder, wenn man in Kontakt treten zu normale Kinder, also wenn jemand zu Besuch kommt, wo Kinder geboren werden, die dann größer werden und wo man sieht, wie die reden, wie die lieb zur Mama, auf die Mama zugehen ahm, wie das alles laufen kann, ja, wie man mit Kindern redet, die sich selber Zähnebürsteln gehen, ins Bett gehen, die Kinder am normalen Leben teilnehmen, dann ist es arg, dass man dann auf einmal total Feuer und Flamme ist für diese Kinder und dann merkt, dass man da fast einem Aufholbedarf hat, man will da fast etwas kompensieren“ (Fall D, S.4, Z.157ff)*

Herr E hat sich, wie bereits unter 7.2.7 beschrieben, eigene Strategien gesucht, welche ihm helfen den Alltag mit seinem autistischen Sohn zu überstehen. Hierzu gehört Meditation und Joga, welche ihm einerseits helfen besser mit dem Stress umzugehen, andererseits seinen Sohn mit dessen Behinderung als positive Lebensaufgabe zu sehen.

## 7.3 Weitere Ergebnisse

In folgenden Unterpunkten werden weitere Aspekte dargestellt, welche durch das Zusammenleben mit einem autistischen Kind beeinflusst werden.

### 7.3.1 Stellung des Vaters in der Familie

Im Fall dieser Studie zeigt sich, dass drei von fünf Vätern nach der Scheidung das Sorgerecht für die Kinder bekommen haben und diese alleine erziehen. Zwei der Paarbeziehungen sind noch immer intakt und teilen sich die Aufgabe der Kindererziehung. Dies ist in folgender Tabelle ersichtlich:

	<b>Familienstand</b>	<b>Sorgerecht</b>
<b>Fall A</b>	geschieden lebt in neuer Beziehung	Vater
<b>Fall B</b>	verheiratet	Vater und Mutter
<b>Fall C</b>	verheiratet	Vater und Mutter
<b>Fall D</b>	geschieden	Vater
<b>Fall E</b>	geschieden	Vater

**Tab. 14 Familiensituation der Väter**

Das Leben mit einem autistischen Kind führt auch in der Paarbeziehung zu enormen Belastungen. Auf Grund von Druck und Rollenverschiebungen haben einige Beziehungen den Veränderungen durch das autistische Kind nicht standgehalten und sind zerbrochen. Interessanterweise haben in allen drei Fällen die Väter die Obsorge für die Kinder übernommen, während die Mütter in einem Fall gar keinen, in den anderen beiden Fällen tageweise Kontakt zu den Kindern haben.

Die folgenden Textauszüge zeigen die Gründe für das Scheitern der Beziehungen auf und geben Einblick in die Sichtweise der Väter.

Fall A:

*„Meine Frau war dementsprechend auch gut drauf wegen dieses Sache ((I: Mhm)). Nämlich insofern ob ja, pff der Bernhard kommt heim, je früher dass er geholt wird, desto angenehmer ist, je später dass er heim kommt, da haben wir nichts zu tun gehabt, ah aber wenn mal die*

*Familie sich zusammengerauft hat und spazieren gegangen ist, ist die Frau zehn Meter weiter hinten gegangen (I: Mhm)) und ich bin mit die Kinder vorangegangen und ja das sind so die Sachen gewesen, die kleinen einfachen“ (Fall A, S.2, Z.61ff)*

*„Pfff es ist auch die Besucherregelung bei ihr nicht möglich, weil (0,3) kein Interesse scheinbar, ahm, was mir für die Kinder leid tut. ((I: Mhm)) Auf der einen Seite, auf der anderen Seite, weiß ich mittlerweile, dass es für den Bernhard eh besser ist, dass es so ist wie es ist. Das sind halt die kleinen Problemchen die man so dahin wälzen kann. Man lebt damit sag ich einmal und muss sich damit abfinden, ob es schwer fällt oder nicht, steht auf einem anderen Blatt Papier“ (Fall A, S.3, Z.122ff)*

Fall D:

*„Scheidung ist noch dazugekommen, ja das war auch so eine Sache, dass man, wenn man Eltern von einem behinderten Kind ist ((I: Mhm)), das die eigene Beziehung, das eigene Leben, die eigenen Bedürfnisse extrem in den Hintergrund treten und das dann auch so weit geht, dass dann glaub ich auch viele Partnerschaften zerbrechen, also so war es bei mir.“ (Fall D, S.3, Z.136ff)*

*„ich hab dann aber da weiter gemacht mit der Biene, deswegen hab dann immer mehr ich mich um die Biene gekümmert und die Bettina weniger und das hat sicher auch ein Gefühl verursacht beim Partner, so nach dem Motto: du kannst das nicht und ich weiß wie das alles geht ((I: Mhm)) und ahm, ja. Wenn einer so den starken Part übernimmt, wird der andere automatisch in eine andere Ecke gedrängt, ja, egal, auf jeden Fall, man fährt dann nicht auf Urlaub, gewisse Sozialkontakte reißen ab ((I: Mhm)), ahm. Ja. Und irgendwann hab ich dann gesagt, nein, so möchte ich nicht weitermachen und dann haben wir uns scheiden lassen.“ (Fall D, S.4, Z.149ff)*

Fall E:

*„Hätte es die Kindergartenleiterin einfach bemerkt, da hätten wir viel früher was unternehmen können, sie hätte den Stress nicht gehabt, sie hätte natürlich bereit sein müssen auch ein bissl von ihrem, von ihrer Meinung herabzusteigen ((I: Mhm)), sich auf was Neues einzulassen und wir Eltern hätten den Stress nicht gehabt und er hätte die Förderung gekriegt, es war total gegenläufig ((I: Mhm)), ja, letztendlich war dann so ein Stress, so ein Chaos und das ist dann ganz klar auch der Grund für die Scheidung dann, weil da war dann schon so viel Chaos entstanden und ja, dass es zur Scheidung gekommen ist, weil ja irgendwann, man kriegt als Eltern die Prügel ab ((I: Mhm)) und tut man sich gegenseitig halt auch die Schuld zuweisen und es läuft halt so“ (Fall E, S.3, Z.127ff)*

*„Aber im Nachhinein ist es einfach so wie es ist und ich hab es eigentlich positiv gesehen, weil, das ist halt immer so ein total, wie soll ich sagen, mhm, also eine totale Bewährungsprobe für eine Beziehung ((I: Mhm)), also ich glaube wir wären immer noch und alles wäre wunderbar und geplätscher und geplätscher, aber das ist so ein Einschnitt und da wird man so mit sich konfrontiert, mit dem anderen und da gibt es halt nur Hopp oder Top sag ich immer, das sind einfach die Situationen, da hat sich halt gezeigt, dass es nicht so ist und das ist eigentlich, ja, also ich bin jetzt nicht, also natürlich in dem Moment schon traurig, aber im Nachhinein ist es dann gut wie es ist ((I: Mhm)), es ist dann einfach so und man kann es nicht rückgängig machen.“ (Fall E, S. 3, Z.135ff)*

### 7.3.2 Veränderungen im Freundeskreis

Wie bereits unter 3.2.3 beschrieben ist Christian Klicpera der Auffassung, dass die Eltern von Kindern mit frühkindlichem Autismus an Einschränkungen des außerfamiliären Lebens leiden. (vgl. Klicpera 2002, S. 192f) Ein Teilaspekt des außerfamiliären Lebens ist der Freundeskreis der Eltern und die Veränderungen, welche sich auf Grund des autistischen Kindes ergeben haben. Alle Väter in dieser Studie haben von Veränderungen des Freundeskreises gesprochen, unabhängig davon, ob es sich um die Diagnose frühkindlicher Autismus oder Asperger-Syndrom handelt.

Herr A gibt beispielsweise an, dass sich der ursprüngliche Freundeskreis kaum für seinen Sohn interessierte, während die jetzigen die positiven Veränderungen des Kindes wahrnehmen:

*„aus früheren Zeiten muss ich sagen (0,5) das hat eigentlich nicht viele Leute gegeben die was sich drum gekümmert haben“ (Fall A, S.10, Z.527ff)*

*„Im jetzigen Freundeskreis eher, eigentlich nur Positive, weil eben der Vergleich, da kriegst auch irgendwie das Feedback, dass du nicht alles falsch machst. ((I: Mhm)) Weil die haben ihn gesehen, wie er zu uns gekommen ist und sehen in jetzt und dann kommt da eigentlich immer das Positive- der hat sich gut entwickelt“ (Fall A, S.10, Z.524ff)*

*„Unsere jetzigen Freunde sind zwar nicht viele Freunde, aber die was man als Freunde bezeichnet, die akzeptieren es und die tun auch mit. Die können auch mit dem Bernhard, er kann mit ihnen und das ist schon ein angenehmes Verhältnis in der Hinsicht“ (Fall A, S.11, Z.535ff)*

Die Verhaltensweisen des Kindes führen ebenfalls häufig dazu, dass die Kinder kaum noch eingeladen werden und somit sich auch für die Eltern der Freundeskreis verringert.

*„natürlich ist es so, dass ahhh, sich im Freundeskreis ahhhh, dass wir schon im Freundeskreis gemerkt haben, dass sich die Spreu vom Weizen trennt, weil halt, die ((Schwester)) ist jede zweite Woche auf eine Geburtstagsfeier eingeladen, ahhhh (0,4), und ja es sagen die Einladenden nicht so ganz direkt, aber doch, es wäre doch schön, wenn nur die ((Schwester)) und nicht der Munchkin auch noch. Auch weil er halt doch auch ein gewisses Aggressionspotential beinhaltet, dass manchmal relativ unkontrolliert hoch geht, ahm, der Munchkin ist auf relativ wenigen Geburtstagsfeiern eingeladen“ (Fall C, S.5, Z208ff)*

Viele Freunde der befragten Väter können mit dem Autismus des Kindes nicht umgehen, was zu einer Reduktion des Kontaktes und einer Veränderung des Freundeskreises führt. Die Sozialkontakte außerhalb der Familie werden deutlich eingeschränkt. Herr D, Vater eines Mädchens mit der Diagnose frühkindlicher Autismus meint hierzu folgendes:

„Freundeskreis? Mhm. Der Freundeskreis hat sich verändert ((I: Mhm)) Pfff das hat relativ lang gedauert im Freundeskreis, bis einem das klar geworden ist, dass sich der verändert und dass die Freunde oft doch ein Problem damit haben.“ (Fall D, S.6, Z.284ff)

„Je älter die Biene geworden ist und je schwieriger sie geworden ist, desto mehr hat man gemerkt, dass viele Freunde einfach nimmer so einen Wert darauf gelegt haben, weil natürlich die Gespräche oberflächlich gewesen sind, das gibt keinem was von beiden Seiten, ((I: Mhm)), die anderen Kinder mit der Biene nichts anfangen haben können und wenn dann die anderen Kinder einmal sagen: ah kommt die Biene auch mit? weil, aber negativ, im Spruch, oder man merkt dann, die können mit ihr nichts anfangen, ja und die Kinder spielen dann mit den anderen Kindern im Hof lieber als mit der Biene, die auf Besuch ist, das tut dann schon weh, ja“ (Fall D, S.7, Z.298ff)

„Und ja so zerfällt das dann langsam, man besucht sich dann weniger oft, manchmal ist es sogar so gewesen, dass manche Leute auch gemeint haben: Ja, wir machen das alles falsch und man müsste die Biene dann nur im Kinderzimmer schreien lassen, wenn sie sich aufführt, sie wird schon aufhören zum Schreien, wir verziehen das Kind nur ((I: Mhm)) und sowieso und überhaupt, ja und dann natürlich ist man ich, will man mit die Leute auch nicht mehr wirklich gescheit und dann zerbrechen so Freundschaften, werden nur auf kleiner Flamme gehalten, dass man sich mit irgendwem trifft, ja es wird echt weniger.“ (Fall D, S.7, Z.309ff)

„Ganz ganz wenige sind es dann die, die da wirklich Verständnis haben, mit denen man dann weiterhin Kontakt hat, aber es zerbricht auch vieles, weil man, weil es einfach zu mühsam ist ((I: Mhm)), weil es einem zu mühsam ist, ja, so wie es dann zu mühsam ist auf Urlaub irgendwo hinzufahren, oder so Sachen zu machen“ (Fall D, S.7, Z.310ff)

### 7.3.3 Berufstätigkeit der Väter

Wie bereits im Abschnitt 3.2.1 beschrieben, kann das Leben mit einem behinderten Kind auch Auswirkungen auf die Berufstätigkeit der Väter haben.

Die folgende Tabelle stellt die Beeinflussung des autistischen Kindes auf die Berufstätigkeit der Väter dar.

	Auswirkungen auf das Berufsleben	Subjektives Empfinden des Vaters
<b>Fall A</b>	Hat keine Auswirkungen- Beruf steht im Vordergrund. Der Vater arbeitet sehr viel und erlebt die ersten vier, fünf Jahre seines Sohnes kaum.	Negativ- Man konnte es nicht anders regeln, aber das Verpassen der Kindheit wird als Problem gesehen.
<b>Fall B</b>	Hat keine Auswirkungen- Beruf steht im Vordergrund, Kindheit und	Neutral- Berufstätigkeit des Vaters als normal

	Auffälligkeiten werden nicht so erlebt. Durch Flexibilität im Job jedoch auch möglich für das Kind dazu sein.	gesehen, Mutter übernimmt Haupterziehungsaufgabe. Vater kann auf Grund flexibler Arbeitszeiten unterstützen.
<b>Fall C</b>	Hat Auswirkungen- Vater wechselt von Vollzeitbeschäftigung auf Teilzeitbeschäftigung und mehr für die Kinder da sein zu können. Kommt mit der Lösung gut zurecht.	Positiv- Teilzeitbeschäftigung als beste Lösung für Vater und Kinder.
<b>Fall D</b>	Hat geringe Auswirkungen- Behindertes Kind wirkt sich auf Berufstätigkeit aus- Vater muss vielen Terminen nachkommen, kann sich beruflich nicht mehr so engagieren. Trennt Beruf und Familie stark- Kollegen wissen nichts von Behinderung des Kindes; Beruf als Leo- als Ort ohne „Makel“	Positiv- Vater geht gerne arbeiten, trennt Beruf und Familie stark. Sieht Beruf als ein Leben im Leo ohne „Makel“ ein behindertes Kind zu haben. Negativ- Vater kann sich beruflich auf Grund vieler Arzttermine nicht mehr so engagieren.
<b>Fall E</b>	Hat keine Auswirkungen- Autistisches Kind hat keine Auswirkungen auf die berufliche Tätigkeit.	Neutral- Keine Auswirkungen auf die berufliche Tätigkeit.

**Tab. 15 Berufliche Situation der Väter**

Wie an der Tabelle 15 ersichtlich, gehen die Väter sehr unterschiedlich mit der Berufstätigkeit, in Verbindung mit ihrem autistischen Kind, um. Zwei der Väter erlebten keine berufliche Einschränkung, gaben aber an von der Kindheit weniger erlebt zu haben. Ein befragter Vater sieht keinerlei Auswirkungen, während ein anderer das Arbeitspensum reduzierte um den Kindern gerecht werden zu können. Ein weiterer Vater sieht die berufliche Tätigkeit als einen Ort, an dem er ganz er selbst sein kann. Welche emotionale Bedeutung seine Berufstätigkeit für ihn hat, kann man dem folgenden Zitat entnehmen:

*„Das hat eigentlich ganz gut funktioniert so, für mich war aber auch in Wirklichkeit, weiß ich jetzt wieder so ein bisschen so eine Glaskugel, eine künstliche, die ich mir geschaffen hab ((I: Mhm)), eine heile Welt, wo ich, wenn ich die Biene abgegeben hab, dann gesagt habe, so, jetzt bin ich nur der ((Name des Vaters)), da der Stabstellenleiter und bin da der große Hero ((I: Mhm)) und jetzt bin ich nicht mehr, jetzt hab ich keinen Makel mehr, ja. Dieses behinderte Kind, dieses Eingeschränkt sein, jetzt bin ich in der Arbeit, da check ich alles, da*

*mach ich alles, da tu ich wie ich will und, das war irgendwie angenehm, das zu vergessen, links liegen zu lassen und dann nur seines zu machen, auch nicht konfrontiert werden von den Kollegen- Wie geht es deinem behinderten Kind? Du musst heute früher gehen- das war vollkommen weg ((I: Mhm)), das war freie Zone von der Biene ((I: Mhm)), deswegen bin ich immer gerne arbeiten gegangen, das war so ein bissl so ein Leo, ja, das war super“ (Fall D, S.6, Z.243ff)*

## 8. Resümee

Aus mehr als 6000 Lebensgeschichten von Menschen, welche schon oder noch nicht von Krisen betroffen sind, entwickelte Erika Schuchardt ihr Spiralmodell der Krisenverarbeitung. Sie vertritt die Annahme, dass Menschen, egal von welcher Krise sie betroffen sind (ein Unfall, die Geburt eines behinderten Kindes, Trennungen, etc.) dieses Kriseninterventionsmodell durchlaufen. Um zu erforschen, ob dies auch bei Vätern autistischer Kinder zutrifft wurden im Zuge dieser Arbeit fünf problemzentrierte Interviews mit Vätern von Kindern durchgeführt, welche die Diagnose frühkindlicher Autismus, atypischer Autismus oder Asperger-Syndrom erhalten haben. Die Interviews wurden auf eine narrativ orientierte Einstiegsfrage und einen unterstützenden Leitfragen aufgebaut, dann wörtlich transkribiert und anschließend nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Hierbei wurden induktiv, also aus dem Material heraus, Kategorien gebildet, welche in einem weiteren Schritt wieder überprüft und zu Hauptkategorien zusammengefasst wurden. Im Anschluss daran wurden die Hauptkategorien den einzelnen Phasen des Spiralmodells nach Erika Schuchardts zugeordnet und analysiert.

Die bei der Auswertung herauskristallisierten Ergebnisse werden im Folgenden noch einmal dargestellt:

### Spiralphase 1: Die Phase der Ungewissheit

Diese, meist mit einem Schock beginnende Phase, wird von Vätern autistischer Kinder in einer anderen Form durchlaufen. Da man einem autistischen Kind seine Behinderung nicht ansieht, kommt es nicht gleich bei der Geburt des Kindes zu einem Schockerlebnis. Im weiteren Leben mit dem Kind zeigen sich jedoch, je nach Form des Autismus, früher oder später, erste Verhaltensauffälligkeiten des Kindes und Schwierigkeiten im Umgang damit. Zwei der Väter haben bereits im Kleinkindalter der Kinder die ersten Abweichungen bemerkt, während die anderen drei Kinder dieser Studie im Schulalter auf Grund aggressiven Verhaltens, Problemen im Sozialverhalten oder Sprachschwierigkeiten aufgefallen sind. Einige der Väter wollten diese Unterschiede zu anderen Kindern nicht wahrhaben, werden von Ärzten beruhigt „das Kind ist nur etwas langsamer“ oder bemerkten sie auf Grund ihrer Berufstätigkeit erst relativ spät. Werden die Verhaltensauffälligkeiten des Kindes dann wahrgenommen, ist dieses von der Norm abweichende Verhalten, für die Väter meist nicht



erklärbar und verunsichert sie. Die Suche nach der Ursache beginnt, welche einen zur zweiten Spiralphase führt.

### Spiralphase 2: Die Phase der Gewissheit

Die Gewissheit setzt bei Vätern autistischer Kind mit dem Erhalten einer Diagnose ein. Die Väter beschreiben die Diagnose ihres Kindes zunächst als Schock, der dann dem Gefühl der Erleichterung weicht, da man jetzt einen Namen für das Verhalten des Kindes hat und erste Schritte zu einer adäquaten Betreuung und Förderung des Kindes einleiten kann. Als problematisch wird die Dauer gesehen, welche von Beginn des ersten von der Norm abweichenden Verhaltens bis zu einer Diagnose vergeht. Die Zeit dazwischen ist sehr belastend und schwierig für die Väter und mit vielen Arztbesuchen und Untersuchungen verbunden.

	<b>erste Auffälligkeiten</b>	<b>Alter der Diagnosestellung</b>	<b>Diagnose</b>
<b>Fall A</b>	Kleinkind	9 Jahre	Atypischer Autismus
<b>Fall B</b>	Schulalter	21 Jahre	Asperger Autismus
<b>Fall C</b>	5 Jahre	7 Jahre	Asperger Autismus
<b>Fall D</b>	1,5 Jahre	4 Jahre	Frühkindlicher Autismus
<b>Fall E</b>	3-4 Jahre	7 Jahre	Asperger Autismus

**Tab. 16 Diagnosestellung**

Die von den Ärzten meist sehr spät gestellte Diagnose wird von den Vätern kritisiert, da man mit einer schnelleren Diagnosestellung schon wesentlich früher eine adäquate Betreuung erhalten hätte können. Interessant ist, dass sich die Väter nach erhalten der Diagnose zunächst einmal technisch durch Literaturrecherche dem Thema angenähert haben.

### Spiralphase 3: Die Phase der Aggression

Schuchardt geht davon aus, dass es auf Grund des Ohnmächtigkeitsgefühls etwas an der Krise zu ändern, es zu Aggressionen gegenüber dem Krisenauslöser kommt. In dieser Untersuchung hat keiner der Väter angegeben seinem Kind gegenüber aggressiv zu sein, weil es autistisch ist. Auslöser für aggressives Verhalten sind jedoch autismusspezifische Verhaltensweisen des

Kindes, mit welchem die Väter nicht umgehen können und Auslöser in der Gesellschaft, wie Stress mit den Behörden oder mit Passanten, welche sich in die Kindererziehung einmischen, weil sie das Verhalten des Kindes nicht verstehen.

#### Spiralphase 4: Die Phase der Verhandlung

Charakteristisch für diese Phase ist, dass der von der Krise betroffene Mensch alles versucht um doch noch aus dieser hinauszukommen. Es wird nach Wundern gesucht und von Arzt zu Arzt gelaufen, um doch noch etwas zu ändern. Dies unterscheidet sich von den Angaben der Väter in dieser Untersuchung. Keiner der interviewten Väter hat angegeben nach der Diagnosestellung einen Ärztemarathon durchlaufen zu haben, um die Behinderung des Kindes ungeschehen machen zu können. Ebenso hat keiner der Vater von der Suche nach Wundern oder einem Wunderheiler berichtet. Ein Ärztemarathon hat lediglich stattgefunden, um das auffällige Verhalten der Kinder erklären zu können und eine Diagnose hierfür zu bekommen. Zwei der befragten Väter waren sogar bei unzähligen Ärzten und Psychologen, um eine Diagnose zu erhalten.

#### Spiralphase 5: Die Phase der Depression

Erkennen die Betroffenen, dass es keine Wunder gibt und die Situation nicht zu ändern ist, versinken sie oft in Verzweiflung und Depression.

Im Zuge dieser Arbeit haben sich gezeigt, dass es im Leben mit dem autistischen Kind immer wieder zu Phasen kommt, in denen man depressiv wird, wo man Situationen und Gefühlen ausgesetzt ist, welche einen sehr traurig machen. Die Väter haben jedoch gelernt, zu versuchen das Beste aus der Situation zu machen, da es immer wieder passieren wird, dass man an seine Grenzen stößt. Ein Vater hat angegeben, dass es einem an Begleitung und Unterstützung fehlt, um besser mit solchen Emotionen umgehen zu können. Ein anderer Vater bewältigt solche Situationen mit einer positiven Lebenseinstellung, welche er durch Yoga und Meditation erlernt hat. Ob Medikamente von den Vätern eingenommen werden ist in dieser Studie nicht herausgekommen.

### Spiralphase 6: Die Phase der Annahme

Diese Phase, in welcher das Leben mit dem behinderten Kind als solches, zwar nicht bejaht, aber dennoch angenommen wird, haben alle befragten Väter erreicht. Die Väter leben nicht gegen ihr Kind, sondern mit ihm und all seinen Vor- und Nachteilen. Alle Väter haben angegeben, ihr Kind zu akzeptieren und das Beste daraus zu machen. Dies erkennt man auch daran, dass nur zwei der befragten Väter noch verheiratet sind und das Kind gemeinsam erziehen. Die anderen drei Ehen, haben die schwere Zeit mit dem autistischen Kind nicht überstanden und sich meist in der Phase nach der Diagnosestellung voneinander getrennt. Die Väter der drei Kinder haben das Sorgerecht bekommen und übernehmen die Erziehungstätigkeit alleine.

### Spiralphase 7: Die Phase der Aktivität

In dieser Phase haben sich die Werte und Normen der Betroffenen umstrukturiert, sie haben einen neuen Blick entwickelt und beginnen aktiv zu werden und Handlungen zu setzen.

Dies bedeutend im Fall der interviewten Väter, dass diese einerseits eine adäquate Betreuung für ihre Kinder gesucht und gefunden haben. Die Kinder sollen optimal gefördert und die Väter bzw. beide Eltern und andere Familienangehörige entlastet werden.

Weiters gehen die Väter mit ihren Kindern in die Gesellschaft, auch wenn es öfters Schwierigkeiten mit autismusspezifischen Verhaltensweisen der Kinder gibt. Die Väter möchten den Kindern vielfältige Erfahrungen, wie Einkaufen, U-Bahnfahren, Lokalbesuche, etc. auch außerhalb der Familie und Institution ermöglichen.

### Spiralphase 8: Die Phase der Solidarität

Die letzte von Schuchardt beschriebene Phase, wird generell nur von wenigen Menschen erreicht und ist durch ein Handeln in der Gesellschaft gekennzeichnet.

Die an dieser Studie teilnehmenden Väter haben durchaus angegeben, aktiv zu sein, auch in der Gesellschaft. Ob sie jedoch das Stadium der Solidarität erreicht haben ist nicht zu beurteilen. Alle Väter haben jedoch über ihren Blick in die Zukunft gesprochen. Hierzu zeigt sich, dass die Zukunftsperspektive sehr stark von der Art der Diagnose des Kindes abhängt.

Bei dem Vater mit dem Mädchen mit frühkindlichen Autismus ist der Zukunftsblick äußerst negativ und von vielen Ängsten und Sorgen begleitet. Auf Grund der Tatsache, dass der Vater für sich ein neues Leben aufgebaut und sich mehr von seiner Tochter abgegrenzt hat, ist er am ehesten in der Phase der Solidarität zu finden. Beim Vater mit dem Buben mit atypischen Autismus ist die Perspektive auch eher negativ, während die drei Väter mit den Asperger Autisten durchwegs positiv in die Zukunft schauen. Dies hängt überwiegend damit zusammen, dass die Kinder zwar große Probleme im Sozialverhalten haben, aber kognitiv sehr intelligent sind und deshalb in den Augen ihrer Väter ihren Weg gehen werden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Krisenverarbeitungsmodell von Erika Schuchardt durchaus auch bei Vätern autistischer Kinder angewandt werden kann. Die Väter durchlaufen, soweit das in dieser Untersuchung rausgefunden konnte, die von ihr beschriebenen Phasen. Lediglich das Eingangsstadium weicht bei autistischen Kindern etwas von Schuchardts Beschreibung ab, da dieses Schockerlebnis erst mit der Diagnose kommt, dem aber ein langer Prozess vorausgeht, indem sich die Väter Sorgen um die Kinder machen und nicht wissen warum sich diese so verhalten. Ob die Väter zwischen den Phasen herumspringen, welche auslassen oder wiederholen bedarf einer weiteren Untersuchung und kann im Zuge dieser Arbeit nicht geklärt werden.

Um die genauen Unterschiede zwischen den Auswirkungen auf den Verarbeitungsprozess bei Vätern von frühkindlichen und im Vergleich dazu von Asperger-Autisten herauszufinden, wäre eine aufbauende Studie denkenswert. Diese Arbeit hat gezeigt, dass die Väter frühkindlicher Autisten von mehr Schwierigkeiten betroffen sind und deutlich schlechter in die Zukunft sehen.

## 9. Literaturverzeichnis

- AARONS, Maureen (1994). Das Handbuch des Autismus. Ein Ratgeber für Eltern und Fachleute. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- ASPERGER, Hans (1943). Die „Autistischen Psychopathen“ im Kindesalter. Dissertation zur Erlangung des Grades „Dr.med.habil.“ Universität Wien
- ATTWOOD, Tony (2008). Ein ganzes Leben mit dem Asperger-Syndrom. Alle Fragen-alle Antworten. Stuttgart: TRIAS Verlag in MVS
- ANTOR, Georg; BLEIDICK, Ulrich (2006). Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH
- BERNARD-OPITZ, Vera (2007). Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen. Ein Praxishandbuch für Therapeuten, Eltern und Lehrer. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH
- DAVIS, Naomi Ornstein; CARTER, S. Alice (2008). Parenting Stress in Mothers and Fathers of Toddlers with Autism Spectrum Disorders: Association with Child Characteristics. In: J Autism Dev Disord 38: S.1278-1291.
- EISENBERG, Leon (1957). The fathers of autistic children. American Journal of Orthopsychiatry. Volume XXVII
- FLICK, Uwe (2006). Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag
- FRIEBERTSHÄUSER, Barbara; LANGER Antje; PRENGEL Annedore (2010). Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim und München: Juventa Verlag
- GLÄSER, Jochen; LAUDEL Grit (2009). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- GRAY, E. David (2002). Gender and Coping: the parents of children with high functioning autism. In: Social Science & Medicine 56, S.631-642
- GRILLBERG, Christopher (2003). A guide to aspergers syndrom. Campridge. In: University Press
- SCHUCHARDT, Erika (2003). Krisen- Management und Integration. Biographische Erfahrung und wissenschaftliche Theorie. Theorie und Praxis der Erwachsenenbildung. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co
- HASTINGS P. Richard; KOVSHOFF Hanna; BROWN Tony; WARD J. Nicholas; ESPINOSA Degli Francesca; REMINGTON Bob (2005a). Coping strategies in mothers and fathers of preschool and school-age children with autism. In: SAGE Publications and The National Autistic Society, Vol 9 (4) S.377-391
- HASTINGS P. Richard; KOVSHOFF Hanna; BROWN Tony; WARD J. Nicholas; ESPINOSA Degli Francesca; REMINGTON Bob (2005b). System Analysis of Stress

- and Positive Perceptions in Mothers and Fathers of Pre-School Children with Autism. In: Journal of Autism and Developmental Disorders, Vol. 35, No. 5, S. 635-644
- HEINZE, Thomas (2001). Qualitative Sozialforschung: Einführung, Methodologie und Forschungspraxis. München, Wien: Oldenbourg
- HEINRICH, Felix (2007). Väter behinderter Kinder- Situation, Beratungs- und Hilfsangebote. Germany: GRIN Verlag
- HINZE, Dieter (1999). Väter und Mütter behinderter Kinder. Der Prozeß der Auseinandersetzung im Vergleich. Heidelberg: Univ.- Verl. Winter
- HINZE, Dieter (2002). Väter behinderter Kinder. Ihre besonderen Schwierigkeiten und Chancen. Geistige Behinderung 31. 3. S. 135-142
- ICD-10 (2011). ICD-10-GM Version 2011, Zugriff am 26. 10. 10 unter <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2011/block-f80-f89.htm>
- JORGENSEN, Ole Sylvester (2007). Asperger: Syndrom zwischen Autismus und Normalität. Diagnostik und Heilungschancen. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- KALLENBACH, Kurt (1997a). Väter schwerstbehinderter Kinder: Projektbericht aus der Forschungsgemeinschaft „Das körperbehinderte Kind“. Berlin: Waxmann Verlag
- KALLENBACH, Kurt (1997b). Unterschiedliches Auseinandersetzungs- und Verarbeitungsverhalten bei Vätern und Müttern behinderter Kindern. In: B. Warzecha (Hrsg.), Geschlechterdifferenz in der Sonderpädagogik: Forschung – Praxis - Perspektiven. (S. 141- 158) Hamburg: LIT Verlag
- KALLENBACH, Kurt (1999). Unterstützende soziale Netzwerke in Familien mit einem behinderten Kind. In: Zeitschrift Heilpädagogische Forschung, 25, S. 61-74
- KALLENBACH, Kurt (2004). Vater eines behinderten Kindes. Zugriff am 22.08.2009 unter [http://www.familienhandbuch.de/cmain/f\\_aktuelles/a\\_behinderung/s\\_414.html](http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_aktuelles/a_behinderung/s_414.html)
- KLICPERA, Christian; INNERHOFER, Paul (2002). Die Welt des frühkindlichen Autismus: mit 10 Tabellen. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag
- KUMBIER, E.; DOMES, G.; HERPERTZ-DAHLMANN, B. ; HERPERTZ, S.C. (2009). Autismus und autistische Störungen. Historische Entwicklung und aktuelle Aspekte. Online publiziert: 15. Juli 2009: Springer Medizin Verlag
- KNEER, Georg; SCHROER Markus (2009). Handbuch soziologische Theorien. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- LEE, K. Gloria (2009). Parents of children with High Functioning Autism: How Well Do They Cope and Adjust?. In: J Dev Phys Disabil 21, S.93-114
- LITTLE, Liza. Differences in Stress and Coping for Mothers and Fathers of children with Asperger's Syndrome and Nonverbal Learning Disorders. In: Pediatric Nursing, Vol. 28, No. 6, S.565-570

- LUTHER, Edith H., CANHAM Daryl L. YOUNG CUERETON Virginia (2005). Coping and Social Support for Parents of Children With Autism. In: The Journal of School Nursing, Vol.21, No.1, S.40-47
- MATZNER, Michael (2004). Vaterschaft aus der Sicht von Vätern. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- MAY, James (1996). Fathers: the forgotten parent. Health Publications. Zugriff am 29. Oktober 2010 unter [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m0FSZ/is\\_n3\\_v22/ai\\_n18607015/](http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSZ/is_n3_v22/ai_n18607015/)
- MAYRING, Philipp (2002). Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- MAYRING, Philipp (2008a). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- MAYRING, Philipp, GLÄSER-ZIKUDA, Michaela (2008b). Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- MEIRSSCHAUT Mieke; ROEYERS Herbert; WARREYN Petra (2009). Parenting in families with a child with autism spectrum disorder and a typically developing child: Mother's experiences and cognitions. In: Research in Autism Spectrum Disorders (4)
- MIKL-HORKE, Gertraude (2001). Soziologie: historischer Kontext und soziologische Theorie-Entwürfe. München, Wien: Oldenbourg
- POUSTKA, Fritz (2004). Autistische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Göttingen: Hogrefe Verlag
- REMSCHMIDT, Helmut (2000). Das Asperger-Syndrom. Eine zu wenig bekannte Störung? In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 97, 19, S.A1296-A1301
- REMSCHMIDT, Helmut; KAMP-BECKER, Inge (2006). Asperger-Syndrom. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- REMSCHMIDT, Helmut; KAMP-BECKER, Inge (2007). Das Asperger-Syndrom – eine Autismus-Spektrum-Störung. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, 13, S.A873-A881
- REMSCHMIDT, Helmut (2008). Autismus: Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen. München: Verlag C. H. Beck
- ROLLET, Brigitte; KASTNER-KOLLER, Ursula (2001). Autismus. Ein Leitfaden für Eltern, Erzieher, Lehrer und Therapeuten. Jena: Urban & Fischer Verlag München
- SABIH, Fazaila; SAJID Wahid Bakhsh. There is Significant Stress among Parents Having Children with Autism. Zugriff am 01.November 2010 unter: [http://www.rmj.org.pk/ram\\_july\\_dec\\_08/original\\_articles/there\\_is\\_significant/pdf.pdf](http://www.rmj.org.pk/ram_july_dec_08/original_articles/there_is_significant/pdf.pdf)
- SCHIRMER, Brita (2003). Autismus. Von der Außen- zur Innenperspektive. Erschienen in: Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft Nr. 3/2003

- SCHUCHARDT, Erika (2003). Krisen- Management und Integration. Biographische Erfahrung und wissenschaftliche Theorie. Theorie und Praxis der Erwachsenenbildung. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co
- SIGMAN, Marian; Capps, Lisa (2000). Autismus bei Kindern. Ursachen, Erscheinungsformen und Behandlung. Bern: Verlag Hans Huber
- SPECK, Otto (2003). System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung. München: Ernst Reinhardt Verlag
- STEINDAL, Kari (1997). Das Asperger-Syndrom. Wie man Personen mit Asperger-Syndrom und autistische Personen mit hohem Entwicklungsniveau („high-function autism“) versteht und wie man ihnen hilft. Hamburg: Bundesverband Hilfe für das autistische Kind. Vereinigung zur Förderung autistischer Menschen e.V.
- WACHTEL, Karen; CARTER C. Alice (1998). Reaction to diagnosis and parenting styles among mothers of young children with ASDs. In: SAGE Publications and The National Autistic Society, Vol 12 (5) 575-594
- WALTER, Siegfried (2008). Autismus. Erscheinungsbild, Umlachen und Behandlungsmöglichkeiten. Buxtehude: Persen Verlag GmbH
- WENDELER, Jürgen (1984). Autistische Jugendliche und Erwachsene: Gespräche mit Eltern. Weinheim, Basel: Beltz Verlag

## **Abbildungs- und Tabellenverzeichnis:**

- Abb. 1: Kernmerkmale und Einteilung der Entwicklungsstörungen in: REMSCHMIDT, Helmut; KAMP-BECKER, Inge (2006). Asperger-Syndrom. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Tab. 2: Merkmale tiefgreifender Entwicklungsstörungen in: REMSCHMIDT, Helmut; KAMP-BECKER, Inge (2007). Das Asperger-Syndrom – eine Autismus-Spektrum-Störung. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, 13, S. A873-A881
- Abb. 3: Autismus-Spektrum-Störung in: REMSCHMIDT, Helmut; KAMP-BECKER, Inge (2006). Asperger-Syndrom. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Abb. 4: Textbeispiel soziale und emotionale Entwicklung in: SIGMAN, Marian; Capps, Lisa (2000). Autismus bei Kindern. Ursachen, Erscheinungsformen und Behandlung. Bern: Verlag Hans Huber
- Tab. 5: Beschreibende Statistik der Unterschiede zwischen Vätern und Müttern in: LEE, K. Gloria (2009). Parents of children with High Functioning Autism: How Well Do They Cope and Adjust?. In: J Dev Phys Disabil 21, S.93-114
- Abb. 6: Spiralmodell der Krisenverarbeitung nach Schuchardt. In: SCHUCHARDT, Erika



(2003). Krisen- Management und Integration. Biographische Erfahrung und wissenschaftliche Theorie. Theorie und Praxis der Erwachsenenbildung. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co

Abb. 7: Säulen qualitativen Denkens In: MAYRING, Philipp (2002). Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Tab. 8: Interviewformen In: MAYRING, Philipp (2002). Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Abb. 9: Ablauf des problemzentrierten Interviews In: MAYRING, Philipp (2002). Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Abb. 10: Interpretationsregeln In: MAYRING, Philipp (2008a). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Abb. 11: Induktive Kategorienbildung nach Mayring. In: Mayring, Philipp (2002). Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Tab. 12: Praktische Anwendung der qualitativen Inhaltsanalyse; Bsp. „Diagnose“ I

Tab. 13: Praktische Anwendung der qualitativen Inhaltsanalyse; Bsp. „Diagnose“ II

Tab. 14 Familiensituation der Väter

Tab. 15 Berufliche Situation der Väter

Tab. 16 Diagnosestellung

## **10. Anhang**

### **Abstrakt auf Deutsch**

Die vorliegende Diplomarbeit geht der Frage nach, wie Väter autistischer Kinder, diese Diagnose erleben. Spezieller Augenmerk liegt hierbei auf dem Prozess der Verarbeitung der Diagnose an sich. Angelehnt an das Kriseninterventionsmodell von Erika Schuchardt wird überprüft, ob die Väter die von Schuchardt beschriebenen Phasen durchlaufen und wo es Abweichungen gibt. Da es sich um die subjektive Sicht der Väter handelt, werden fünf problemzentrierte Interviews durchgeführt, welche im Anschluss drauf mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet und in Bezug auf die Theorie im ersten Teil der Arbeit, dargestellt werden.

### **Abstract in English**

This thesis seeks to examine how fathers of autistic children experience this diagnosis. Special attention is paid to how the fathers process the diagnosis itself. Based on the model of crisis intervention of Erika Schuchardt, it will be examined whether the fathers go through the phases described by Schuchardt, and where discrepancies occur. Since it concerns the subjective view of the fathers, five problem-centered interviews are conducted, which are evaluated according to the qualitative content analysis of Mayring, and are presented in relation to the theory in the first part of this work.

Die Diplomarbeit enthält zur Veranschaulichung des Spiralmodells eine Bilddatei.

## Lebenslauf

### Karin Pumm

#### Persönliche Daten:

Geburtsjahr: 28.03.1983  
Geburtsort: Wien  
Adresse: Fischerstrasse 21/3, 2331 Vösendorf  
Staatsbürgerschaft: Österreich  
Familienstand: ledig  
E- mail- Adresse: karin.pumm@gmail.com



#### Aus- und Weiterbildung:

seit 2005 Universität Wien, Studium der Heil- und Integrativpädagogik  
2003- 2005 BISOP Baden (Diplom: Sozialpädagogik)  
1998- 2003 BAKIP, Sacre Coeur Pressbaum (Matura; Diplom: Kindergarten, Hort)  
1993- 1998 AHS Wien, Wenzgasse  
1989 - 1993 VS Wien, Auhofstrasse

#### Berufserfahrung:

seit 09/ 2009: Kindergartenpädagogin im Niederösterreichischen Landesdienst, Bezirk Baden

09/ 2005- 07/ 2009: Verein Autistenzentrum „Arche Noah“; Betreuerin von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Autismus und anderen speziellen Entwicklungsstörungen in der Tagesstätte und Wohngemeinschaft

06/2004- 07/2005: WMF Österreich, Teilzeitverkäuferin

08/2004: Wiener Jugenderholung (WiJug); Gruppenleiterin

07/2004: Betriebskindergarten der Wiener Kinderfreunde; Baumgartner Höhe (Kinderstube)

09/2003- 04/2004: Kinderanimation im Joy and Fun Family - Entertainment GmbH

07/2003- 08/2003: Betriebskindergarten der Wiener Kinderfreunde; Geriatriezentrum Baumgarten (Kinderstube)

1998- 2005:                diverse Praktika im Kindergarten, Hort und im sozialpädagogischen Bereich, Ferienpraxis beim Merkur Markt

**Besondere Kenntnisse:**

Führerschein                A, B (Mobilität gegeben)

Fremdsprachen            Englisch in Schrift und Sprache

Pädagogik                 weiterführende Kenntnisse der Heilpädagogik, speziell im Bereich Autismus und ADHS

Musikinstrumente        Gitarre, Flöte

**Meine Stärken sind:**

- Hilfsbereitschaft
- Belastbarkeit, auch in Konfliktsituationen
- Freude und Engagement an der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen
- Kreativität

**Meine Interessen sind:**

- Tanzen
- Sport
- Familie, Freude
- Tiere
- Reisen

